VIII. Jahrgang. | Wien, 5. August 1894. | Nr. 31.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

INTERNATIONALE

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes,

unter Mitwirkung der Professoren: Baccelli (Rom), Bassini (Padua), Bernheim (Nancy), Buchanan (Glasgow), Crocq (Brüssel), Fraser (Edinburgh), de Giovanni (Padua), Heryng (Warschau), Huchard (Paris), Ladame (Genf), Leichtenstern (Köln), Morselli (Genua), Murri (Bologna), Oertel (München), Rosenbach (Breslau), Semmola (Neapel), Thiry (Brüssel)

redigirt von

Dr. Arthur Schnitzler.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Neue Untersuchungen über den Strepto-Bacillus des venerischen Geschwürs.

Vom Assistenten **Dr. Colombini** in Siena.

Als ich gegen Ende des Jahres 1892 meine ersten Studien über den Mikroorganismus des venerischen Geschwürs anstellte, nahm ich mir vor, bei diesen meinen ersten Untersuchungen an die Lösung so vieler und verschiedener Probleme zu schreiten, die sich mir schon aus einer oberflächlichen Untersuchung der bis zu jener Zeit von verschiedenen Autoren unternommenen Studien entgegenstellten.

Während in der That noch Niemand in Italien die Entdeckung Ducrey's [1]) überprüft und controlirt hatte, war es im Auslande Welander [2]), der gegen dieselbe schwerwiegende Einwände erhob und dem von Ducrey selbst beschriebenen Bacillus jegliche ätiologische Bedeutung absprach. Es war wohl später Krefting[3]) bestrebt, die Befunde Ducrey's zu bestätigen, ihm gegenüber traten jedoch Jullien und Straus [4]) auf, die die unbestimmte Inoculabilität des Eiters der Impfgeschwüre negirten und die Behauptung aufstellten, dass derselbe seine Virulenz bei der dritten oder vierten Generation einbüsse, welcher Virulenzverlust mit der constanten, sicheren und unendlichen Virulenz des Eiters der Originalgeschwüre contrastirte und für sich schon ein Beweis gegen die angebliche Thatsache war, dass der pathogene Mikroorganismus des Ulcus venereum entdeckt worden wäre, den sie übrigens nicht auffinden konnten.

Unterdessen gelang es Unna[5]) nach einer besonderen Färbungsmethode als Erstem in den histologischen Schnitten von fünf weichen Geschwüren die Gegenwart eines Bacteriums nachzuweisen, das kettenartig angeordnet tief in die entzündeten Gewebe eindringt, die die Basis des Geschwürs bilden. Dieser Mikroorganismus wurde von seinem Entdecker Strepto-Bacillus genannt und als der wahre Urheber des venerischen Geschwürs betrachtet. Der Befund Unna's wurde dann durch Quinquaud und Nicolle [6]) bestätigt, aber auch diese Autoren konnten nicht sagen, ob dieser in dem Geschwüre in grosser Menge und constant vorgefundene Bacillus dem bereits von Ducrey beschriebenen identisch wäre. Eine zweite Arbeit Krefting's über denselben Gegenstand nahm diesen Zweifel auch nicht weg.

Da die Dinge am Ende des Jahres 1892 so standen, so glaubte ich mich berechtigt, in meiner ersten Arbeit zu behaupten, dass die wahre Natur dieses besonderen Contagiums noch nicht genau bekannt sei, und dies umso mehr, als die Zweifel und Unsicherheit der Venereologen gross waren. Und in Wahrheit, man konnte mit Recht fragen: Findet man den Ducrey'schen Bacillus constant in dem Secrete der Geschwüre? Ist er im Stande, in unbeschränktem Masse solche Geschwüre

[1]) A. Ducrey. Ricerche sperimentali sulla natura intima del contagio dell' ulcera venerea e sulla patogenesi del bubbone venereo. — Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Juli 1889. Fascic. IV. pag. 372.

[2]) E. Welander. Versuche einer Abortivbehandlung der Bubonen. — Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1891, pag. 43.

[3]) R. Krefting. Ueber die für Ulcus molle specifischen Mikroben. — Nordiskt Medicinskt Archiv. 1891.

[4]) L. Jullien. Recherches expérimentales sur le chancre mou. — Annales de Dermat. et de Syphil. 1892. pag. 473.

[5]) P. G. Unna. Der Streptobacillus des weichen Schankers. — Monatshefte für prakt. Dermat. 15. Giugno 1892, pag. 485.

[6]) Ch.-E. Quinquaud et M. Nicolle. Sur le microbe du chancre mou. — Annales de Derm. et de Syphil. 7. Juillet 1892, pag. 818.

hervorzurufen? Oder mit anderen Worten: Sind die Befunde DUCREY's und KREFTING's exact, oder sind nicht vielmehr die Zweifel WELANDER's, die absoluten Leugnungen JULLIEN's und STRAUS' berechtigt? Und nach Lösung dieser Fragen drängte sich sofort eine andere auf: Ist der DUCREY'sche Bacillus identisch mit dem Strepto-Bacillus UNNA's? Welcher Zusammenhang besteht zwischen diesen beiden Mikroorganismen, die nur in den venerischen Geschwüren constatirt worden sind?

Ich habe bereits in meiner ersten Arbeit hervorgehoben, dass der von mir im venerischen Secrete gefundene Mikroorganismus an den von DUCREY beschriebenen erinnerte, und dass ich die Virulenz desselben, im Gegensatz zu JULLIEN und STRAUS, nicht abnehmen sah.

Die Untersuchung des Geschwürssecretes zeigte, dass, während bei den Stammgeschwüren zahlreiche und verschiedene Mikroorganismen zu finden waren, diese bei den nachfolgenden Inoculationen allmälig abnahmen, bis sie in der vierten, in manchem seltenen Falle bis zur sechsten Generation vollständig verschwanden und nur der DUCREY'sche Bacillus zurückblieb. Die in die verschiedensten Nährmittel vorgenommenen Impfstiche ergaben nur ein positives Resultat jedes Mal wenn mir das Mikroskop die verschiedenartigen Mikroorganismen zeigte, die ich bereits erwähnt habe, während das Resultat negativ ausfiel, wofern die Einstiche mit Eiter gemacht wurden, der ausschliesslich den DUCREY'schen Bacillus enthielt.

Nach Erlangung dieser Resultate, suchte ich nach einer Erklärung für die Misserfolge WELANDER's, JULLIEN's und STRAUS', und ich nahm eine neue Reihe von Impfungen vor mit dem Eiter aus acht Geschwüren, die sich entweder in der Heilungsperiode befanden oder torpid in ihrer Entwicklung und sehr wenig virulent sich zeigten. Mit einem solchen Eiter gelang es mir nicht experimentelle Pusteln über die dritte Generation hinaus zu erlangen.

Die bei diesen Untersuchungen gewonnenen Resultate haben mir deutlich gezeigt, dass der von DUCREY beschriebene Mikroorganismus, im Gegensatz zu der Behauptung WELANDER's, beständig in den weichen Geschwüren zu finden war, und dass dieser Bacillus thatsächlich das ätiologische Moment des Krankheitsprocesses darstellte, insoferne als ich mit reinen Culturen desselben, die auf aseptisch gemachter Haut gewonnen wurden, das charakteristischeste Ulcus, welches den DUCREY'schen Bacillus stets und ausschliesslich aufwies, unbeschränkt hervorrufen konnte.

Meine Untersuchungen dehnte ich aber auch auf die verschiedenen Tiefen des Geschwüres aus um zu erfahren, ob der im Secrete constatirte Bacillus gleich wäre dem von UNNA in den Schnitten gefundenen Streptobacillus. Ich konnte so die von UNNA beschriebenen Bacillen in mehr oder weniger langen und dicht zusammengedrängten Kettchen angeordnet beobachten. An einigen Stellen, an welchen die Anhäufung der Mikroorganismen keine so grosse war, wie an anderen, und wo man auch Einzelindividuen beobachten konnte, stellten sich diese als kurze Bacillen dar, und wenn man deren abgerundete Enden nicht wahrnehmen konnte, wie man sie in den Präparaten des Geschwürseiters deutlich sehen kann, so boten solche im Geschwürsgewebe nachgewiesene Bacillen zuweilen eine geringere Färbungsintensität in ihrem centralen Theile dar; ferner beobachtete man diese, ausser in den lymphatischen Räumen, wo sie hauptsächlich und in sehr grosser Zahl vorhanden waren, noch in grösserer oder geringerer Menge im Innern der Leukocythen an verschiedenen Punkten zahlreicher Präparate.

Auf diese Thatsachen stützte ich mich, um die Identität zwischen dem Bacillus DUCREY's und dem Streptobacillus UNNA's anzunehmen. Die noch zwischen beiden bestehende Differenz, nämlich die nicht abgerundeten Enden des UNNA'schen Streptobacillus im Vergleich zum DUCREY'schen Bacillus, erklärte ich mir mit dem Unterschied des Mittels, worin die Mikroben sich befanden, dem Unterschied nämlich zwischen Geschwürssecret und Geschwürsgewebe. Die einen und die anderen Bacillen hatte ich nur in venerischen Geschwüren und niemals in anderweitigen Ulcerationen constatirt.

Einige negative Charaktere sprachen gleichfalls zu Gunsten der Identität des DUCREY'schen Bacillus mit dem Streptobacillus UNNA's, nämlich weder der eine noch der andere wurden sichtbar wenn man das Secret und die Schnitte nach der GRAM'schen Methode färbte, und weder der eine noch der andere gaben Anlass zur Entwicklung irgend einer Colonie wenn sie auf künstliche Züchtungsmittel geimpft wurden.

Bei Erwähnung der an venerischen Bubonen vorgenommenen Untersuchungen behufs Auffindung des in den Geschwüren beobachteten Bacillus führte ich an, dass ich bei 22 Impfungen auf menschlicher Haut mit Eiter, der zwei frisch eröffneten Bubonen entnommen wurde, nur zwei Mal die Bildung einer kleinen Pustel erlangte, die in wenigen Tagen spontan zur Heilung kam. Weiters liess die mikroskopische Untersuchung niemals die Gegenwart irgendwelchen Mikroorganismus erkennnen, und die auf künstlichen Nährmitteln vorgenommenen Impfungen gaben in keinem Falle Anlass zur Entwicklung irgend einer Colonie.

Ich habe im Voranstehenden die Ergebnisse meiner ersten Untersuchungen kurz resumirt. Während ich mich mit dieser Art Studien beschäftigte, veröffentlichte KREFTING [7]) seine Untersuchungen mit positivem Resultate, während gleichzeitig GUYON [8]) berichtete, durch die Impfungen stets nur eine einzige Pustel erhalten zu haben, gleichviel ob er die antiseptischen Cautelen anwandte oder nicht. Kurze Zeit nachher veröffentlichte RIVIÈRE [9]) eine Arbeit über den gleichen Gegenstand, und während ich meine Arbeit zum Drucke übergab, ging PETERSEN [10]) daran, seine Studien über den Mikroorganismus des weichen Schankers zu veröffentlichen. Die experimentellen Ergebnisse dieser Autoren, stimmten vollkommen mit meinen eigenen Resultaten überein.

Unterdessen befasste ich mich damit, zu untersuchen, wie sich der Bacillus DUCREY's gegenüber der Kälte und der Wärme verhielt, um eine Erklärung für den Zusammenhang zu finden, der zwischen dem weichen Schanker, dem venerischen Bubo und den Jahreszeiten besteht, der, bereits zwei Mal von TOMMASOLI beobachtet, auch von mir bestätigt worden ist [11])

Und nun gehe ich daran, gleichsam zur Vervollständigung meiner vorausgehenden Studien über das weiche Geschwür, über meine weiteren diesbezüglichen Untersuchungen zu berichten, und speciell 1.) über eine exactere Untersuchung der Färbungsmethoden, 2.) über neue Versuche der Züchtung dieses Bacillus, 3.) über Impfversuche auf Thiere, 4.) über ganz detaillirte Untersuchungen, um jeden Zweifel über die Identität des DUCREY'schen Bacillus mit demjenigen UNNA's zu zerstreuen, während ich mir vorbehalte in einer demnächst erscheinenden Arbeit über das Ergebniss von Studien zu berichten, die ich seit einigen Jahren über die Pathogenese des venerischen Bubo angestellt habe.

(Fortsetzung folgt.)

---

[7]) R. KREFTING. Sur le microbe du chancre mou. — Annales de Dermat. et de Syphil. Tom. IV. N. 2. Fevrier 1893, pag. 167.

[8]) J. GUYON. Gaceta medica de Mexico. Februar 1893.

[9]) RIVIÉRE. Sur le bacille du chancre mou. Journal des connaissances médicales. 4. Mai 1893.

[1]) WALTHER PETERSEN. Ueber Bacillenbefunde bei Ulcus molle. — Centralblatt f. Bakteriol. u. Parasitenk. 8. Juni 1893.

[11]) CH. NICOLLE E M. VÉNOT. Diagnostic bacteriologique du chancre mou. — La Médecine moderne. 4e Année N. 59. del 26. Julie 1893, pag. 735.

Ein casuistischer Beitrag zur Kenntniss der „Coxitis luetica“ und deren klinische Differential-Diagnose mit spinalen Arthropathien.

Von **Dr. Stanowski,**
Nervenarzt und Elektrotherapeut in Danzig.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Nachdem ich den Krankheitsverlauf in Kürze geschildert, will ich mich im Anschluss daran etwas eingehender mit der Pathologie, Diagnose und Therapie dieses Leidens befassen.

Beginnen wir zuerst mit der ersteren. Gies[6]), Schüller[7]) und Virchow[8]) haben uns gezeigt, dass der luetische Process im Gelenk vor allem in Form einer Chondritis chronica aufzutreten pflegt, einer Entzündung, die grosse Aehnlichkeit mit der Arthritis deformans hat, sich jedoch von ihr dadurch unterscheidet, dass hier der schwindende Knorpel sich im Bindegewebe, das narbenartig den Substanzverlust auskleidet, umwandelt; an den Rändern und Flächen der Substanzverluste bilden sich frei in das Gelenk hineinragende Zotten. Bei der deformirenden Gelenkentzündung kommt es dagegen zur Auflösung des Knorpels und die vom Knorpel entblösste, compacte, elfenbeinerne Knochensubstanz, oft glatt polirt und parallel gerichtete Rinnen auf der Oberfläche zeigend, wird dadurch freigelegt. Die hyperplastischen Wucherungsprocesse, welche bei der Arthritis deformans am Knorpel und Knochen neben degenerativen Vorgängen auftreten und ihr dadurch ein characteristisches Gepräge geben, fehlen bei der luetischen Entzündung. Auch kommt es bei der letzteren zum serösen Erguss in die Gelenkhöhlen, der bei der deformirenden Arthritis fehlt. Hinzufügen will ich noch, dass bei der luetischen Gelenkentzündung die Gelenkkapsel meist verdickt ist, sowie dass die Synovialis zottenartige, aus derbem Bindegewebe und Fett bestehende Vegetationen zeigt.

Manchmal treten neben den geschilderten Veränderungen im Gelenk Gummaknoten[9]) auf, welche meist oberflächlich in der Gelenkkapsel oder in den Schleimbeuteln der Umgebung sitzen; da sie in solchen Fällen der palpirenden Hand leicht zugänglich sind, so ist die Diagnose des Leidens meist leicht.

Gangolphe[10]) unterscheidet noch eine Osteo-Arthritis, ein Leiden welches stets mit einem Syphilom in oder dicht neben der Epiphyse beginnt; dasselbe kann sich abgrenzen, falls es jedoch zur Abgrenzung nicht kommt, bricht eine seropurulente Flüssigkeit in die Gelenkhöhle durch; der Knochendefect wird durch die Bildung einer röthlichen glatten jedoch nicht fungösen Membran ersetzt. Von der tuberkulösen Osteo-Arthritis unterscheidet sie sich dadurch, dass die Bänder nicht zerstört werden; auch wird die Synovialis nicht fungös und die Koch'schen Tuberkelbacillen fehlen. Diese Osteo-Arthritis befällt mehrere Gelenke, führt zum Erguss verschiedener Art und Menge und verursacht keine Schmerzen, so dass die Functionen der Gelenke nur wenig gestört werden.

Endlich tritt allerdings in seltenen[11]) Fällen die Gelenkaffection secundär nach syphilitischen Entzündungen des Periost's und Knochenmarks auf.

Aus dem objectiven Befund zu schliessen, wird es sich wohl bei meinem Patienten um Gummaknoten in der Umgebung des Gelenks sowie um eine Entzündung in demselben gehandelt haben; die ziemlich harten Narben, welche nach Abheilung des Leidens an einigen Stellen der Gelenkgegend ganz deutlich zu fühlen waren, Veränderungen, welche Sigmund[12]) und Gies[13]) als charakteristisch für abgelaufene Lues ansehen, berechtigen mich wohl ebenfalls zu dieser Annahme. Das Knacken sowie die Reibegeräusche im Gelenk, welche erst nach der Besserung des Leidens zu constatiren waren, dürften wohl mit Resorption des Exsudates im Gelenk in Folge Abnahme der Entzündung in demselben zusammenhängen. Dadurch sind die unebenen Knorpelflächen in unmittelbare Berührung mit einander getreten und erzeugten, wenn sie bei Bewegungen aneinander gerieben wurden, deutliches Knirschen. Die Zunahme der Schmerzen im Gelenk trotz Besserung der Function wird wohl durch Druck der Narben auf die Nerven der Umgebung bedingt sein.

Wenn wir nun, zur Differentialdiagnose übergehend, fragen, mit welchem Leiden eine luetische Coxitis eventuel verwechselt werden könnte, so sind hier vor Allem die Rückenmarkskrankheiten und von diesen ganz besonders die Tabes dorsalis in's Auge zu fassen. Früher, bevor man die bei der Tabes vorkommenden Gelenkleiden kannte, mögen auch zuweilen Verwechslungen zwischen tabischen und luetischen Arthritiden vorgekommen sein, was bei derselben Aetiologie beider Krankheiten leicht erklärlich ist. Seitdem uns jedoch Charcot (1868), Westphal[14]), Leyden[15]) und Andere auf das Vorkommen der Gelenksleiden im Verlauf der Tabes aufmerksam gemacht und uns die klinischen Symptome derselben mitgetheilt, gehört es zur correcten Diagnose, die besonderen Merkmale beider Krankheiten in Betracht zu ziehen und sich dann für die eine oder oder andere Erkrankung zu entscheiden, was wohl nicht allzuschwer fallen dürfte. Im Besonderen dürfte wohl bei der klinischen Diagnose Folgendes zu beachten sein:

Die tabetische Arthritis setzt mit enormer Schwellung[16]) von derber fester Consistenz ein; die Weichtheilschwellung beschränkt sich nicht allein auf das ergriffene Gelenk und seine Umgebung, sondern sie dehnt sich auch ziemlich rasch über die ganze Extremität aus.

Die luetische Arthritis erzeugt dagegen nur unbedeutende[17]) Schwellung in den umgebenden Weichtheilen, welche vielleicht vom Erguss in das Gelenk herrühren dürfte.

Die tabetische Arthritis zeichnet sich ganz besonders durch Schmerzlosigkeit der afficirten Theile aus; mag man passive oder active Bewegung ausführen, nie wird etwas von Schmerz empfunden; ebenso ist die erkrankte Partie für Druck ganz unempfindlich. Deshalb kann der Tabetiker im Beginn der Gelenkkrankheit ganz gut gehen[18]); versagen ihm die Beine bei längerer Dauer der Arthitis, so liegt das nur an den mechanischen Verhältnissen seiner Gelenke, die derart geworden sind, dass er sich nicht aufrecht halten kann. Diese totale Analgesie ist sogar in den Fällen, wo es zu Spontanfracturen kommt, in auffallendem[19]) Masse vorhanden. Nur sehr selten hat man auch bei tabetischen Gelenkleiden Schmerzen beobachtet, jedoch war das nur an den kleineren Gelenken zu constatiren[20]).

Die luetische Arthritis ist dagegen mehr oder weniger druckempfindlich; auch treten spontan sowie bei activen und passiven Bewegungen Schmerzen in dem betreffenden Gelenk auf; wenn die Patienten nicht gehen können, so liegt das hier an den Schmerzen, die sie daran hindern.

Die tabetische Form ergreift endlich oft dieselben Gelenke beiderseits; so waren z. B. beide Seiten ergriffen[20])

*) Siehe «Intern. Klin. Rundschau» Nr. 30, 1894.

[6]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 15 Bd. 1881.

[7]) Archiv für klinische Chirurgie v. Langenbeck 28 Bd. 1883 pag. 477.

[8]) Sitzung der Berliner medicin. Gesellschaft vom 25. Juni 1884.

[9]) Lanceraux, Traité historique et pratique de la syphilis, Paris 1873 pag. 203 et sequ.

[10]) Contribution à l'étude des localisations osseuses de la syphilis tertiaire. De l'osteoarthrite syphil. Annales de derm. et syphilis II Sér. T. VI, Nr. 8 et 9, p. 449.

[11]) Schüller l. c., p. 24.

[12]) Pitha und Billroth Bd. I., 2. 1872, p. 223.

[13]) Ueber Gelenkkrankheiten. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 15, p. 610.

[14]) Gelenkerkrankungen bei Tabes; Berliner klinische Wochenschrift 1881, Nr. 29.

[15]) Ueber Kniegelenkaffectionen bei Tabes Deutsche medicinische Wochenschrift 1885, Nr. 50.

[16]) Rotter Archiv für. klinische Chirurgie 36 Bd., 1887. Sonnenburg ebendaselbst u. A.

[17]) Kaposi, Pathol. und Therapie der Syphilis 1891.

[18]) Marie, Leçons par les maladies de la moëlle.

[19]) Volkmann Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 15 Congress 1886, I. Theil, pag. 20.

[20]) Marie l. c.

unter 60 Patienten mit Kniegelenksaffection 13 Mal, unter 39 Kranken mit Fussgelenksentzündung 8 Mal, unter 38 Patienten mit Coxitis 9 Mal und endlich in 29 Fällen mit Schultergelenksentzündung 6 Mal.

Die Eigenthümlichkeit der luetischen Arthritis ist dagegen die Einseitigkeit[21]); es können dabei auch zwei oder mehrere Gelenke erkranken, jedoch sind es stets differente Gelenke.

Die grösste Mehrzahl der tabetischen Arthropathien entsteht im ataktischen Stadium[22]); sie können zwar auch im Prodromalstadium[23]) vorkommen, jedoch sind dann auch noch andere Symptome vorhanden[24]), welche uns die Diagnose erleichtern, so vor allen Parästhesien, lancinirende Schmerzen, Anästhesie etc. Eine Arthritis tabetischen Ursprungs ohne sonstige Sensibilitätsstörungen ist meines Wissens bis jetzt nicht constatirt worden. Auch der von Westphal als Beispiel für die im frühesten Stadium der Tabes auftretenden Arthropathien in der Berliner medicinischen Gesellschaft[25]) demonstrirte Patient konnte bereits vor Ausbruch seines Gelenksleidens eine Gefühlsstörung in den Beinen wahrnehmen.

Wollten wir bei unserem Patienten eine aussergewöhnliche Form der Arthritis tabetica annehmen und die unbedeutende Ptosis sowie die herabgesetzten Patellarreflexe als einen Symptomencomplex der Tabes incipiens ansehen, dann müsste, da die aufgetretene Gelenkaffection ein Fortschreiten des Leidens bedeuten würde, in den Augen, wo die Krankheit seit 1887 besteht, jetzt bereits zur reflectorischen Pupillenstarre, Lähmung der Augenmuskeln, Diplopie etc. gekommen sein. Auch die Patellarreflexe würden wohl längst verschwunden sein. Es ist möglich, dass sich bei unserem Patienten, wie bei allen, die Lues durchgemacht, eine Tabes, die jedoch jetzt nicht diagnosticirbar ist, entwickelt, alsdann jedoch dürfte die Arthritis nicht in Beziehung zur Tabes gebracht werden, sie müsste als ein Leiden sui generis aufgefasst werden. Uebrigens dürfte wohl die Ptosis gar nicht mit einer Erkrankung des centralen Nervensystems zusammenhängen. Wollte man sie zur Tabes incipiens rechnen, dann müssten jetzt nach 7 Jahren, wie ich das noch einmal hervorheben will, bereits andere Augenstörungen hinzugekommen sein, wollte man sie als Symptom einer Lues cerebro-spinalis, herrührend von einer Meningitis basilaris, auffassen, dann wären beim Patienten im Beginn der Krankheit Kopfschmerzen, Benommenheit, Erbrechen, Schwindelgefühl, Störungen von Seiten der Psyche und des Sensorium aufgetreten, Allgemeinsymptome, mit denen nach Oppenheim[26]) die basilare Meningitis einsetzt; dann ist es auch nicht anzunehmen, dass sich die Meningitis basilaris nur auf einen Nervenast beschränken würde. Ich halte somit die kaum in Betracht zu ziehenden Parese des M. levator palpebrae superioris für ein peripheres Symptom, das wahrscheinlich luetischen Urprungs sein dürfte, eine Auffassung, der sich auch der Augenarzt College Wicherkiewicz im Ganzen anschliesst. Wahrscheinlich ist die Erkrankung des Muskels selbst daran schuld, was, so viel ich weiss, nach Mauthner vorkommen soll. Dafür dürfte auch die normale Beweglichkeit des M. rectus superior sprechen, der von demselben Ast versorgt wird wie M. levator palpebrae superioris. Würde die Paresis nervösen Ursprungs sein, dann müssten die beiden Muskeln geschwächt sein, was jedoch nicht der Fall ist.

Ein plötzlicher Beginn der Arthropathie lässt sich bei beiden Krankheitsformen constatiren, jedoch scheint er viel öfter bei den tabetischen vorzukommen; vom acuten Gelenkrheumatismus unterscheiden sie sich durch fieberlosen Verlauf; auch haben sowohl die spinalen wie luetischen Arthropathien keine Neigung äusserlich rothes Aussehen anzunehmen und führen nicht zur Erhöhung der Localtemperatur, Unterscheidungsmerkmale, auf die schon Richet[27]) bei Lues aufmerksam gemacht hat.

Von den anderen Rückenmarkskrankheiten, welche evtl. mit luetischen Arthropathien verwechselt werden könnten, dürften wohl nur noch die Syringomyelie und die Morvan'sche Krankheit in Betracht zu ziehen sein; wenn wir jedoch bedenken, dass auch hier die Schmerzlosigkeit in den Vordergrund tritt, sowie, dass die Gelenkaffectionen entsprechend der Lokalisation des Rückenmarkleidens in den Oberextremitäten[28]) auftreten, so werden wir nicht häufig in die Lage kommen, längere Zeit in diagnostischen Zweifeln zu verharren.

Der Therapie, welche in Jodkalium, Galvanisation, Massage bestand, wurde schon oben Erwähnung gethan. Es dürfte wohl selbstverständlich sein, dass der Erfolg der Behandlung um so vollkommer sein wird, je eher das Leiden erkannt wird, je eher die für den Fall indicirten Methoden angewandt werden, denn die Lues richtet, sich selbst überlassen, Verheerungen an, die nur dann noch einigermassen reparabel sind, wenn man dem Grundleiden frühzeitig entgegentritt. Da auch hier in dem Verlauf des seit einigen Monaten bestehenden Leidens, sobald die entsprechende gegen das Hüftgelenk gerichtete Behandlung eingeleitet wurde, sofort eine merkliche Wendung zum Besseren zu constatiren war, so darf man wohl a priori annehmen, dass der Erfolg der Therapie etwas zufriedenstellender gewesen wäre, wenn man der Krankheit nicht so viel Zeit gelassen hätte, immer weiter um sich zu greifen.

Zum Schluss will ich noch bemerken, dass zu den Collegen, welche bei unserem Patienten wegen der Seltenheit der Localisation der Lues im Hüftgelenk die Erkrankung des letzteren übersehen, ja sogar ganz ausgeschlossen haben, auch Herr Privatdocent Dr. Goldscheider, den Patient auf seiner Durchreise über Berlin, von Rehme-Oyenhausen zurückkehrend, consultirt, gehörte, die Lähmung des Beines für eine rein spinale haltend. Als er daher von den Angehörigen des Patienten erfahren, dass ich ein Rückenmarksleiden ausgeschlossen und die Diagnose auf Coxitis gestellt und dementsprechend auch den Patienten behandle, hat er in einer von echt collegialer Gesinnung zeugender Weise meine Diagnose und Behandlung als absolut falsch bezeichnet und empfahl der Familie, den Patienten sogleich aus meinen gefährlichen Händen fortzuschaffen, damit er die in Rehme-Oyenhausen begonnene Mercurialcur, die ihn nur einzig und allein, trotzdem er bereits 150 *gr* ohne Erfolg gebraucht hat, auf die Beine zu bringen im Stande wäre, in Wiesbaden sofort continuiren könne. Patient erhielt davon Kunde, als es ihm bereits trotz der angeblich schädlichen Behandlungsweise bedeutend besser ging und blieb selbstverständlich bei derselben. Herr Professor v. Bergmann, den Patient noch nach mir consultirt hatte, war so liebenswürdig, mir brieflich mitzutheilen, dass er auch eine Coxitis diagnosticirt habe und halte ich nach letzterer von so autoritativer Seite kommenden Bestätigung meiner Diagnose, eine Erkrankung des Hüftgelenks in diesem Falle für erwiesen. Ich habe seiner Zeit Herrn Dr. Goldscheider mitgetheilt, dass es meinem Patienten trotzdem er falsch behandelt wird, immer besser gehe, und versprach ihm, über den Verlauf des Leidens in einer öffentlichen Zeitschrift etwas ausführlicher zu berichten, ein Versprechen, das ich hiermit für erfüllt halte.

---

21) Kaposi l. c.

22) Rotter, Deutsches Archiv für klinische Chirurgie 36 Bd., 1887, pp 13 und 23.

23) Kredel, Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge 1888, Nr. 309.

24) Rotter, Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 10. November 1886.

25) Sitzung vom 27. April 1881.

26 Zur Kentnis der syphil. Erkrankungen des central. Nervensystems Berlin 1890, pag. 36.

27) Mémoire sur tumeurs blanches. Mém. de l' académie imperial de mèdecine 1853, XVII., pag. 249 et séqu.

28) Morvan Gaz. Hebd. Nr. 34.

Czerny Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie XV. Congress 1886.

Hystero-epileptiforme Anfälle nach Bisswunden durch einen gesunden Hund und ihre Heilung durch die Vortäuschung einer Pasteur'schen Behandlung.

Von
Dr. Pitres.
Klinischer Vortrag, gehalten am Hospital St. André (Bordeaux).

(Schluss.)

III.

Der Vorgang, durch welchen sich eine Idee im Geiste fixirt und der Ausgangspunkt einer Reihe von krankhaften Reactionen werden kann, ist durchaus kein einfacher. Es wäre falsch, zu glauben, dass die Leute, die ihre Krankheit einer Autosuggestion verdanken, besonders leichtgläubig sind. Das ersehen Sie schon daraus, weil es ja sonst leicht wäre, die gefasste schädliche Suggestion durch eine andere therapeutische zu ersetzen, d. h. weil es sonst keine länger dauernden derartigen Affectionen geben könnte. Die Suggestibilität dieser Leute ist vielmehr gewöhnlich eine partielle, ich möchte sagen eine elective. Im gegebenen Moment präsentirt sich eine Idee ihrem Geiste und setzt sich darin fest Von da an ist sie ein Parasit des psychischen Mechanismus, und sie sitzt darin so fest, dass kein Raisonnement, keine Discussion sie entwurzeln kann. Ja noch mehr! Diese parasitäre Idee wird oft von dem Individuum, das ihr zum Opfer fällt, ganz richtig gewürdigt, in ihrer Haltlosigkeit, ihrer Absurdität erkannt, von der Vernunft zurückgewiesen und als etwas Fremdartiges empfunden. Aber trotzdem erhält sie sich in der Tiefe des Unbewussten und wird die Ursache psychischer Störungen und nervöser Folge-Erscheinungen. Nichts ist schwerer, als in solchen Fällen eine Heilung zu erzielen. Die Hypnose, die theoretisch dazu berufen wäre, misslingt in den meisten Fällen, weil Menschen, die einer Autosuggestion verfallen sind, gewöhnlich nicht hypnotisirbar sind. Da bleibt schliesslich nur ein Mittel, einen Hinterhalt zu suchen, die einzig verwundbare Seite dieser pathogenetischen Idee auszuforschen und durch diesen schwachen Punkt eine neue Idee einzuführen, die geeignet ist, der Ausgangspunkt einer zweiten, der früheren entgegengesetzten Autosuggestion zu werden.

IV.

So eigenthümlich Ihnen auch diese Einzelheiten erscheinen mögen, so stehen sie in der Pathologie doch durchaus nicht vereinzelt da. Ihre Genese nähert sich im Gegentheil in hohem Grad der Genese der fixen Ideen, welche das neuropathische Syndrom der sogenannten Zwangs-Vorstellungen bilden. Diese fixen Ideen entwickeln sich gewöhnlich bei Gelegenheit eines ganz zufälligen, scheinbar flüchtigen Ereignisses.

Ein prädisponirter Kranker, vielleicht ein Neurastheniker oder auch nur ein geistig oder körperlich überanstrengtes Individuum hört vielleicht zufällig von der Cholera sprechen, sieht einen wuthkranken Hund — und von diesem Moment an verlässt ihn die Angst vor der Cholera oder der Hundswuth nicht mehr. Warum diese Phobie plötzlich von seinem Geist Besitz ergriffen hat, warum sie ihn nicht mehr verlässt, das wissen wir nicht. Aber das eine sehen und wissen wir, dass ein solcher Kranker unfähig ist, der fixen Idee, die ihn beherrscht, zu entkommen, dass er mit Bewusstsein die unsinnigsten Handlungen begeht, deren Absurdität ihm ganz klar ist, dass er in einem Zustand der furchtbarsten Angst verharrt, deren chimärische Natur er erkennt. Lassen Sie mich Ihnen hier zwei Beispiele derartiger Zwangs-Vorstellungen erzählen.

Eine junge, reizende Frau in den besten Verhältnissen kam letzter Tage zu mir. Ihr Leiden besteht in coprophobischen Zwangs-Vorstellungen. Sie hat Angst vor Gerüchen: sie traut sich nicht auf die Gasse zu gehen, aus Furcht mit ihrer Fussspitze Excremente von Hunden oder von Menschen zu berühren; sie kann es nicht über sich bringen, ihr Kind zu küssen, aus Furcht, ihre Lippen irgendwie zu verunreinigen; sie weigert sich aus demselben Grund, ihr Ehelager weiter einzunehmen; sie wäscht sich hundert Male im Tag die Hände und das Gesicht; sie wechselt fortwährend ihre Kleider, weil sie ihr nie rein genug erscheinen. Und woher diese Zwangs-Vorstellung? Diese Frau war im vergangenen Sommer, zur Birnenzeit, in den Garten gegangen, um selbst welche zu pflücken. Als sie damit fertig war, erblickte sie plötzlich am Fuss des Birnbaumes einen frischen diarrhoischen Stuhl. Sie schauderte voll Ekel zurück, konnte sich von diesem Anblick nicht mehr erholen und ist von diesem Moment an das Opfer einer Zwangs-Vorstellung, die sie nicht mehr verlassen hat.

Eine andere meiner Patientinnen ist die Beute ihrer Furcht vor Wanzen.

Diese eigenthümliche Vorstellung entstand in ihr, als sie, noch schwach durch eine überstandene Schwangerschaft, hörte, wie Jemand ihren Mann, der von einer Reise zurückkehrte, davor warnte, seine Effecten sogleich in die Schränke einzuräumen, «weil es in den Hôtels oft Wanzen gäbe». Seither verbringt Mme. X . . . . ihre Zeit damit, in allen Kleidungsstücken und Möbeln die Wanzen zu suchen, die sie nie finden kann.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass es ganz analoge oder identische Vorgänge sind, welche bei manchen Kindern zu jenen gebieterischen Vocationen werden, die sie in ganz andere Bahnen werfen, als es von ihren Eltern für sie bestimmt war. Die Erzählung irgend eines Heldenstückes, die Geschichte einer Entdeckung, der Anblick eines Bildes können in dem Geist eines jungen Individuums unvergängliche Eindrücke machen, deren Wirkung, bewusst oder unbewusst, das ganze Leben hindurch persistirt. Es gibt in den Biographien berühmter Männer genug Beispiele für einen derartigen unwiderstehlichen «Ruf». Das führt selbstverständlich zu der Annahme einer intellectuellen oder ästhetischen Prädisposition, die in Uebereinstimmung mit diesem emotiven Choc stehen muss, ganz ebenso wie man neuropathische Prädispositionen für die Leute annehmen muss, die ihre Zwangs-Vorstellungen einem in der Zeitung gelesenen Artikel über die Cholera, oder der Bemerkung verdanken, dass es in Hôtels Wanzen gibt. Aber in beiden Fällen spielt die accidentelle Erregung die Rolle der determinirenden Ursache. Sie ist es schliesslich, die in dem einen Fall aus einem Neuropathen den «Verrückten», die in dem anderen Fall aus dem Sohn irgend eines ruhigen, ungebildeten Spiessbürgers den grossen Capitain, den berühmten Gelehrten, den hervorragenden Künstler macht.

V.

Aber um von diesen psychologischen Erörterungen wieder auf die rein medicinische Seite der Frage zurückzukommen: es gibt, wie Ihnen der Fall Laf . . . .'s zeigt, eine Anzahl von Individuen, welche durch Autosuggestion erkrankt sind, und durch Autosuggestion geheilt werden können. Ich will Ihnen kurz noch einige andere derartige Fälle erzählen, um Ihnen zu beweisen, dass solche Krankengeschichten nicht so selten sind, als Sie vielleicht annehmen.

Ein Arzt vom Land erzählte mir erst kürzlich folgende Beobachtung:

Eine seiner Patientinnen war an einer schweren Peritonitis erkrankt. Diese Dame hatte eine 19jährige, ebenso liebevolle, als fromme Tochter, welche täglich in heissen Gebeten Gott um Rettung ihrer Mutter bat, und schliesslich, da ihre Gebete nicht zu helfen schienen, ihr eigenes Leben dem Herrn für das ihrer Mutter anbot. Nach einigen Tagen war die Mutter ausser Gefahr, aber die Tochter erkrankte. Sie litt an unaufhörlichem Erbrechen, absoluter Intoleranz gegen Nahrungsmittel und äusserst heftigen Schmerzen im Abdomen Der Arzt, durch diese Erscheinungen aufs Höchste überrascht, wurde durch eigenthümliche Aeusserungen der Patientin, wie: «Ich muss sterben, das ist ein Opfer, das ich bringen muss», auf die richtige Spur geleitet. Er versuchte erst selbst, von der Kranken die Ursache ihres Leidens zu erfahren. Da ihm dies

*) Siehe Internationale Klinische Rundschau Nr. 30, 1894.

aber nicht gelang und er eine Katastrophe befürchten musste, theilte er seine Befürchtungen und Vermuthungen einem Geistlichen, der ausserdem Hausfreund der betreffenden Familie war, mit. Diesem gelang es auch wirklich durch das Ansehen und das Vertrauen, das er durch seine Würde und seine Stellung in der Familie besass, das junge Mädchen zu einem vollständigen Bekenntniss zu bringen. Er erklärte ihr auf das Bestimmteste, dass Gott sie von diesem gottlosen Gelübde entbinde, und es gelang ihm, die Kranke davon so gut zu überzeugen, dass von diesem Moment an ihre Beschwerden wie durch ein Wunder verschwanden.

Den folgenden Fall verdanke ich einer Mittheilung von Prof. Cassaét:

Der Messner eines kleinen Städtchens in Gers war von einem Esel gebissen worden, und hatte im Anschluss daran eine Reihe von paralytischen und convulsiven Anfällen zweifellos hysterischer Natur bekommen, die er aber in seinem Schrecken für eine directe Folge des Eselbisses hielt. Nach einem in manchen Gegenden verbreiteten Aberglauben war er davon überzeugt, dass er nur dann geheilt werden könne, wenn der Esel, der Urheber seines «mal» getödtet werde. Da er aber selbst das Geld zum Ankauf des Thieres nicht besass, blieb ihm diese Therapie versagt und sein Zustand verschlechterte sich von Tag zu Tag. Erst als einige mitleidige Seelen ihm das Geld zum Ankauf des Thieres zusammengeschossen hatten und der Esel getödtet war, verschwanden alle seine Krankheits-Erscheinungen und seine Gesundheit war von diesem Moment an wieder hergestellt.

Diese von psychischen Einflüssen bedingten Heilungen, können uns nicht gleichgiltig lassen, denn sie enthalten praktische Fingerzeige von der grössten Wichtigkeit. Der Arzt muss sie nicht nur kennen und voraussehen, sondern auch herbeiführen lernen. Freilich ist die Anwendung der Autosuggestion keine leichte. Sie lässt sich nicht in Regeln einkleiden, etwa so, wie man pharmaceutische Präparate dosirt. Jeder einzelne Fall enthält neue eigenthümliche Probleme von höchster Complicirtheit. Aber die Zukunft wird die Schleier lüften, die uns jetzt noch die Gesetze des pathogenetischen Einflusses psychischer Erregung verhüllen, und es wird ohne Zweifel der Tag kommen, an dem der Arzt die Autosuggestion bei der Behandlung gewisser krankhafter Zustände mit derselben Sicherheit und den gleichen Chancen von Erfolg anwenden wird, wie das Chinin gegen das Fieber oder das Quecksilber gegen die Syphilis.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin.

Sitzung vom 28. Juni 1894.

Dr. Heubner stellt einen Knaben vor mit intensiv schwerer croupöser Stomatitis. Die Affection ging unter Fieber und ausgedehnter Membranbildung auf der Wangenschleimhaut einher, als Complication bestand eine Anschoppung des linken Unterlappens mit Bronchitis. Die Nieren waren frei. Die Affection erweckte den Verdacht auf Maulseuche. Die bacteriologische Untersuchung der Membranen wies einen kleinen Coccus nach, daneben aber hauptsächlich ein den Heubacillen ähnliches Stäbchen, das im Koch'schen Institut als Milzbrandbacillus angesprochon wurde, obwohl es sich nicht als virulent erwies. Jedenfalls zeigt die Affection von einer Milzbranderkrankung erhebliche Abweichungen, sowohl im klinischen Befunde als in dem bacteriologischen. Diese verdächtigen Bacillen haben sich übrigens im Munde noch gefunden, nachdem schon alle Belege verschwunden sind. Auf der normalen Wangenschleimhaut kommen sie nicht vor.

* * *

Ueber die Beziehungen von Haut- und Gelenkkrankheiten zu Erkrankungen des Nervensystems, sowie der beiden ersteren unter einander.

Dr. Gerhardt weist auf die nahen Beziehungen hin, in welchen der Rheumatismus zu den verschiedensten Infectionskrankheiten, zu Nervenkrankheiten, zu Krankheiten mit hämorrhagischer Diathese u. dgl. m. steht. Am auffallendsten sind die Beziehungen der multiplen Gelenkkrankheiten, der Polyarthritis zur Psoriasis, die neuerdings von den Franzosen hervorgehoben werden.

Gerhardt stellt einen Patienten vor, der mit jeder Wiederholung seines Gelenkrheumatismus stets einen Nachschub seiner alten Psoriasis bekommt. Jetzt wird bei ihm zum dritten Mal das Zusammentreffen der beiden Affectionen beobachtet. Bei seiner Aufnahme in die Charité war nur eine ältere Psoriasis-Stelle am Unterschenkel sichtbar. Während des Gelenkrheumatismus hat sich nun im Krankenhause eine grosse Zahl frischer Eruptionen von Schuppenflechten über den Körper ausgebreitet. Dass es sich hier um kein zufälliges Zusammentreffen, sondern um einen causalen Zusammenhang beider Krankheiten handelt, beweist die Beobachtung eines zweiten Falles, der einen 21jährigen Sattler betrifft. Dieser hat eine universelle Psoriasis, die sich schon mehrmals bei ihm eingestellt hat, stets gleichzeitig mit neuen Ausbrüchen seines alten Gelenkrheumatismus, der schon zu schwerer Missstaltung der Gelenke geführt hat. Mit den jedesmaligen Nachschüben der Psoriasis tritt eine Verschlimmerung des Gelenkleidens ein. Das Zusammentreffen von Gelenkrheumatismus und Psoriasis scheint nicht sehr häufig zu sein. Psoriasis kommt auch zusammen vor mit Gicht (von Gerhardt unter 23 Fällen einmal beobachtet). Ferner sind bei der Psoriasis allerlei Nervensymptome: wie asthmatische Anfälle, Diabetes, Epilepsie, Angstzustände u. dgl. m., beobachtet worden. Durch diese Complication wird die Auffassung als einer Nervenkrankheit der Haut wesentlich gestützt. Zur Behandlung der Psoriasis in dem zweiten Fall hat Gerhardt die Grev'sche Methode geübt, die in der Anwendung von Jodkali in steigenden Dosen bis zu 30 *gr* pro Tag besteht. Dieser Kranke ist bis zu 17 *gr* täglich gekommen. Dann musste diese Behandlung wegen eintretenden Fiebers und Abmagerung ausgesetzt werden. Stoffwechselversuche, welche man bei Psoriasis angestellt hat, haben ergeben, dass die Ausscheidung der stickstoffhaltigen Bestandtheile der Nahrung vermindert ist, weil sie in grösserem Masse assimilirt werden.

Dieses Minus an Stickstoff soll in den Schuppen enthalten sein. Der vorgestellte Kranke verliert fast pfundweise Schuppenmassen.

Die vom Dr. Vogel auf der Gerhardt'schen Klinik angestellten Versuche haben Folgendes ergeben: Der Kranke, der ein Körpergewicht von 85 *kg* hatte, hat einen 9tägigen Stoffwechselversuch durchgemacht. Währenddessen sind ihm mit der gewöhnlichen Nahrung täglich 2000 *gr* verabreicht worden. Patient hielt dabei die Bettruhe inne. Das Körpergewicht ist während des Versuchs constant geblieben. Die Schuppen wogen täglich 70 *gr*. Die Stickstoffretention betrug täglich 2 *gr*; der Stickstoffverlust durch die Schuppen 1 *gr*. Es muss also eine erhebliche Menge Stickstoff auf einem dritten Wege ausgeschieden sein.

Gerhardt stellt weiter einen 61jährigen Droschkenkutscher vor, der aus neuropathisch belasteter Familie stammt. Derselbe hat früher viel an andauernd heftigen Kopfschmerzen gelitten. 1882 erlitt er einen Schlaganfall mit linksseitiger Lähmung. Im Anschluss daran hat sich nun eine Bulbärparalyse mit deren typischen Erscheinungen entwickelt. Patient ist nicht im Stande zu schlucken, und wird schon 11 Monate unausgesetzt mit der Schlundsonde ernährt. Sein Körpergewicht ist dabei von 50 auf 57 *gr* gestiegen. In 4 Portionen werden ihm täglich 2787 Calorien zugeführt. Lues und Herzfehler sind bei dem Patienten ausgeschlossen. Die Entwicklung der Krankheit ist so zu erklären, dass die linksseitige Extremitätenlähmung durch einen Erweichungsprocess in den Pyramiden entstanden ist. Dann ist die Thrombose weiter vorgeschritten und hat zu einer apoplectiformen Bulbärparalyse in Folge von Erweichungsprocessen in den Kernen der Medulla oblongata geführt.

Patient hat während der Zeit seines Krankenhausaufenthaltes etwas schlucken und auch ein wenig sprechen gelernt.

Dr. EWALD empfiehlt in der Behandlung der Psoriasis Versuche mit Injectionen von Schilddrüsensaft zu machen, da man bei Fällen von Myxödem, die damit behandelt worden sind, das Auftreten einer auffälligen Abschuppung der Haut beobachtet hat. Man hat auch in England bereits einige Erfolge mit dieser Behandlung der Psoriasis, freilich auch etliche Misserfolge aufzuweisen.

Dr. LEWIN erörtert eingehend die Beziehungen der Hautkrankheiten zu Erkrankungen der inneren Organe, die von der Wiener dermatologischen Schule wenig beachtet, gerade von den deutschen Autoren vielfach betont worden sind. Die Psoriasis ist eine trophische Krankheit, wird niemals bei geschwächten Leuten und Kindern beobachtet. Beim Eintritt consumirender Krankheiten, in der Schwangerschaft u. dgl., pflegt sie zu schwinden. LEWIN geht weiter auf eine Besprechung der beiden von GERHARDT vorgestellten Fälle ein und warnt namentlich vor der Jodkalibehandlung mit grossen Dosen, durch welche leicht eine tödtliche Laryngitis hervorgerufen werden kann. Unter all' den zahlreich empfohlenen Mitteln leisteten noch die Chrysophansäure und Arsenik die besten Dienste, aber auch letzteres führt zuweilen zu Herzverfettung und plötzlichem Tod.

* * *

Ueber einen Fall von hereditärer Ataxie (Friedreich'scher Krankheit.)

Dr. EWALD: Durch SENATOR ist im vorigen Jahre ein Fall bekannt gegeben worden, der von dem typischen Krankheitsbilde der FRIEDREICH'schen Krankheit so mannigfache Abweichungen zeigte, dass seine Echtheit von SCHULTZE in Bon angefochten wird. Demgegenüber macht EWALD darauf aufmerksam, dass am Bilde der FRIEDREICH'schen Krankheit oft Schwankungen der Erscheinungen beobachtet werden. Er stellt deshalb ein 17jähriges Mädchen vor, bei welcher die Erscheinungen zeitweise sehr verschieden sind. Sie hat einen atactisch-spastischen, stampfenden Gang, eine leicht scandirende Sprache. Das Kniephänomen fehlt vollkommen.

Das ROMBERG'sche Symptom ist verschieden stark und zeitweise vorhanden. Die Sensibilität ist erhalten. Nystagmus und Pupillenanomalien fehlen, namentlich das ROBERTSON'sche Phänomen. Die Intelligenz ist nicht gestört. Daneben hat nun aber die Patientin noch deutlich ausgesprochene choreatische Bewegungen bald an den Fingern, bald in den Gesichtsmuskeln, bald an den Beinen. Als besondere Anomalie der Patientin ist eine Ausweitung der Fusssohle und eine Hyperextension der Zehen (CHARCOT) vorhanden. Ferner besteht eine leichte Scoliose. Es ist die Frage, ob es sich hier um eine hereditäre Chorea oder um eine FRIEDREICH'sche Krankheit handelt. Erblichkeit ist bei der Patientin nicht nachzuweisen. Der Fall steht in der Familie der Patientin vereinzelt da, wie dies schon in einigen anderen Fällen beobachtet worden ist.

* * *

Ueber hereditäre Ataxie.

Dr. SENATOR: Im März 1893 ist von Senator in der Gesellschaft der Charitéärzte ein Fall von FRIEDREICH'scher Krankheit vorgestellt worden. Derselbe betraf einen 19jährigen Burschen vom Lande, bei dem im 14. Lebensjahre die ersten Störungen beim Gehen bemerkt worden sind. Patient hatte einen stark taumelnden Gang. Nystagmus war nur bei Seitwärtsbewegung der Augen, nicht bei Ruhestellung derselben vorhanden. Die Sprache war langsam und schwerfällig. Die Patellarreflexe waren nicht geschwunden, sondern nur sehr stark herabgesetzt. SENATOR hat angenommen, dass es sich hier um einen Fall ven FRIEDREICH'scher Krankheit im frühen Stadium handelt, bei dem die typischen Erscheinungen noch nicht vollkommen entwickelt waren.

Dr. SCHULTZE (Bonn) hat neuerdings diesen Fall einer scharfen Kritik unterzogen und bestritten, dass es sich hier um eine hereditäre Ataxie im Sinne FRIEDREICH's gehandelt habe.

Dieser Kritik gegenüber hält SENATOR seine Diagnose auf das Bestimmteste aufrecht und zwar wesentlich aus folgenden Gründen: Von den 10 characteristischen Krankheitserscheinungen, die SCHULTZE selbst hervorgehoben hat, sind im Falle SENATOR's 8 vorhanden, 2 nur angedeutet: nämlich das Fehlen der Patellarreflexe und der locomotorischen Ataxie (Zunahme des Schwankens bei Augenschluss). Im ersteren Punkte irrt sich nun SCHULTZE sehr erheblich da u. A. auch von ERB, einem Schüler FRIEDREICH's, Fälle von hereditärer Ataxie beschrieben worden sind, in denen die Patellarreflexe nicht fehlten, sondern sogar erhöht waren. SCHULTZE selbst hat auch die anatomische Begründung für diese Abnormität, die ja auch bei der Tabes vorkommt, gegeben. Die locomotorische Ataxie aber tritt immer erst auf, wenn die statische Ataxie schon lange Zeit besteht. Sie war in FRIEDREICH's Fällen deshalb immer vorhanden, weil seine Fälle schon viele Jahre alt waren, zum Theil bestanden die Erscheinungen schon 10 bis 15 Jahre. SENATOR hat nun seinen Patienten nach $1^1/_2$ Jahren jüngst wiedergesehen und folgenden Befund erhoben: Patient hat auch jetzt noch einen guten Ernährungszustand und bietet dieselben Erscheinungen, nur in erhöhtem Masse, dar, Schwanken und Taumeln sind noch immer vorhanden, das ROMBERG'sche Symptom ist jetzt deutlich, die Sprache ebenso langsam und schwerfällig wie früher. Der Patellarreflex ist rechts ganz geschwunden, links noch zeitweise angedeutet. Die locomotorische Ataxie ist in der Ausbildung begriffen, Patientin greift unsicher und fehl. Die Sensibilität ist auch jetzt noch erhalten, Blase und Mastdarm intact. Der Verlauf der Krankheit hat also die Diagnose bestätigt.

SENATOR hat auch die Schwester des Patienten untersucht, sie ist 38 Jahre alt und hat seit dem 20. Jahre dieselbe Krankheit, die bei ihr weit vorgeschritten ist. Sie kann gar nicht mehr gehen. Die Patellarreflexe sind vollständig erloschen. Sie hat geringe Sensibilitätsstörungen. Der Verlauf ist ein ungemein langsamer, wie schon FRIEDREICH hervorgehoben hat. SCHULTZE hält die von SENATOR als Ursache der hereditären Ataxie angesprochene Kleinhirnerkrankung nur für eine Complication, während die wesentliche Veränderung eine combinirte Strangerkrankung des Rückenmarks, namentlich des Lendenmarks, sei. Diese Behauptung SCHULTZE's widerspricht schon den Befunden in drei Fällen von FRIEDREICH selbst. SENATOR hat alle Sectionsberichte gesammelt, die zumeist nur eine Degeneration der Hinterstränge angeben. Constant ist nur in diesen alle Fällen namentlich die Degeneration der GOLL'schen Stränge, dagegen die combinirte Strangerkrankung, die ja auch am wenigsten die Erscheinung erklären kann, nur in wenigen Fällen nachgewiesen. Nach SENATOR weisen die positiven wie die negativen Kennzeichen der Krankheit auf eine Affection des Kleinhirns hin. In 7 von 15 Fällen ist das Kleinhirn nicht untersucht, auch in den übrigen Fällen makroskopisch (einmal auch mikroskopisch) [SCHULTZE] keine Veränderung sichtbar. Dreimal aber wird eine Atrophie des Kleinhirns bei normalem mikroskopischen Befunde angegeben. Sie hat sich übrigens auch in einigen anderen, dem Bilde der FRIEDREICH'schen Krankheit nahe stehenden, aber nicht genau diagnosticirten Fällen gefunden. Die Annahme der Kleinhirnatrophie erklärt die Erscheinungen welche die FRIEDREICH'sche Krankheit mit der Tabes nicht gemeinsam hat. Zu den durch sie bedingten primären Erscheinungen treten später die Symptome der Rückenmarkserkrankung. Vielleicht gibt es mehrere Formen von FRIEDREICH'scher Krankheit, die von der Art und Ausdehnung der Betheiligung des Kleinhirns und Rückenmarks abhängig sind.

Dr. HEUBNER berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle vnn FRIEDREICH'scher Krankheit (Vater und Tochter). Der Fall des ersteren ist von FLECHSIG publicirt. Das Kind starb im Alter von 6 Jahren. In beiden Fällen waren die Patellarreflexe erhöht. Bei der Section fand sich eine Atrophie des Cerebellum, mikroskopisch eine Verminderung der PURKINJE'schen Zellen. HEUBNER weist darauf hin, dass die Verschiedenheit der Erscheinungen bei der FRIEDREICH'schen Krankheit sich wohl dadurch erkläre, dass bald das Rückenmark, bald das Kleinhirn zuerst erkranke und eines von beiden deshalb die weiter vorgeschrittenen Veränderungen aufweist und dementsprechend die hauptsächlichsten Erscheinungen auslöst. Die Erkrankung des Kleinhirns in den Vordergrund zu drängen, sei bisher nicht berechtigt.

Académie de Médecine in Paris.

Sitzung vom 17. Juli 1894.

Verletzung der Carotis interna.

SCHWARTZ beobachtete einen Verwundeten, der nach zwei Revolver-Schüssen in die rechte Schläfe, folgende Symptome zeigte: unmittelbar nachher vollständige Blindheit, Ophthalmoplegia interna und eine schnell zum Stillstand gebrachte Epistaxis. Dann als spätere Folge-Erscheinung eine hochgradige Anämie durch wiederholte Blutungen aus der Nase. Da die Unterbindung der beiden inneren Carotiden nicht half, so ging SCHWARTZ operativ vor, indem er die Nase von oben bis unten durch einen Haut- und Knochenschnitt eröffnete, um die Ursache der Epistaxis zu finden. Das Blut kam, wie sich zeigte, aus dem Sinus sphänoidalis und die Blutung wurde durch einen Tampon von Jodoform-Gaze zum Stehen gebracht. Die Nasentheile wurden wieder an einander gelegt und genäht, der Tampon durch 2 Wochen drinnen gelassen. Der Kranke hat sich erholt, die Nasenblutungen haben aufgehört und die Anämie ist verschwunden.

* * *

Ueber die Ernährung der Säuglinge mit sterilisirter Milch.

BUDIN berichtet über eine Reihe von Beobachtungen an Kindern, welche ein Jahr hindurch nur mit sterilisirter Milch, oder mit dieser und an der Brust genährt wurden. Die Scalen der Gewichtszunahmen zeigen die erhaltenen vorzüglichen Resultate. BUDIN lässt Milch benützen, die in kleinen Flaschen auf dem Wasserbad bei einer Temperatur von 100° erhitzt worden ist. Diese Temperatur führt, wie die Untersuchungen von CHAVANNE gezeigt haben, zu einer Umwandlung des Caseïns, die dasselbe weitaus besser verdaulich macht. BUDIN rühmt die Anwendung dieser Milch bei Kindern, die absolut keine Ammen-Milch vertragen, bei Kindern, die von milcharmen Müttern ernährt werden, bei hereditär syphilitischen Kindern, wenn die Mutter sie nicht nähren kann, endlich, wenn congenitale Missbildungen des Mundes bestehen, die das Säugen verhindern. Der Zusatz von Wasser ist überflüssig. Während der ersten Wochen ist die Ernährung mit Muttermilch freilich unbedingt nothwendig dann aber kann sie durch die sterilisirte Milch ersetzt werden.

TARNIER wendet ein, dass eine so zubereitete Milch leicht verdaulich, aber nicht sterilisirt sein könne. Auch er besteht auf der Nothwendigkeit, im Anfang die Kinder an die Brust zu legen. FOURNIER gibt an, bei hereditär syphilitischen Kindern mit sterilisirter Milch ausgezeichnete Resultate erhalten zu haben.

Société médicale des hopitaux.

Sitzung vom 5. Juli 1894.

Ueber Herzschwäche bei Fieber.

HUCHARD macht zuerst auf zwei wichtige Symptome der Herzschwäche aufmerksam, welche ebenso, wie das Verschwinden des I. Tones von ernster prognostischer Bedeutung sind, nämlich auf die Embryocardie und die Bradydiastolie und wendet sich dann gegen die ungerechtfertigte Häufigkeit der Diagnose: acute Myocarditis bei Fieber. Autopsien haben oft schon ergeben, dass sehr schwere Symptome doch nur von äusserst geringfügigen Läsionen des Myocards begleitet waren und umgekehrt. Ebenso zeigen die Sectionen oft bei Cardiosclerose tiefgreifende Veränderungen des Myocards an Personen, die dann sehr alt geworden sind. Viele der Störungen der Herzthätigkeit, die einer Myocarditis zugeschrieben werden, sind eigentlich auf Herz-Innervation zurückzuführen. Variola erzeugt thatsächlich Myocarditiden, bei Typhus abdominalis kommen Erkrankungen des Myocards zugleich mit Neuritis der Herz-Nerven vor und die Herzerscheinungen bei Grippe sind in sehr häufigen Fällen nur auf nervöse Störungen zurückzuführen.

HAYEM hält die Ansicht HUCHARD's für anatomisch nicht genügend begründet. Gerade bei Typhus abdominalis seien die Alterationen des Herzmuskels deutlicher und vorgeschrittener, als bei Variola. — Dagegen führt HUCHARD als weitere Begründung an, dass in Fällen, bei welchem eine Tachycardie in 8—10 Tagen verschwinde, die Annahme einer Nerven-Läsion doch näher liege, als die einer Myocarditis.

GAUCHER und SERGENT haben einen Fall von Pseudo-Tuberculose bei einem Schwämme-Sammler beobachtet. Im Sputum war der KOCH'sche Bacillus auch durch Ueberimpfung des Sputums auf Meerschweinchen nicht nachweisbar, dagegen ein Mycelium, das gezüchtet wurde und Culturen von Aspergillus fumigatus ergab. Eine mit den Sporen geimpfte Taube starb in 46 Stunden und man fand in Leber und Milz Colonien von Aspergillus.

BARRIÉ stellt einen 18jährigen Patienten mit Situs inversus vor. Er ist cyanotisch und leidet unter Dyspnoe.

* * *

Sitzung vom 13. Juli 1894.

ROGER spricht über Pneumococcen-Injectionen im Verlauf des Erysipels, die sich in Pneumonien, Peritonitiden und Meningitiden äussern Die Pneumonie zeichnet sich durch ihren Sitz im Unterlappen, durch ihre Gefährlichkeit und den rapiden Verlauf aus. Unter sechs beobachteten Kranken blieben nur zwei am Leben. Bei der Autopsie findet man Splenisation, kleinzellige Infiltration der Bronchial- und Gefässwände, die Alveolen sind mit Leucocythen und kleinen Rundzellen gefüllt, das Fibrin-Netz ist oft gut ausgebildet, manchmal ganz gering. In drei Fällen war Meningitis vorhanden, in anderen Fällen verräth sie sich nur durch Delirien und Incontinentia der Faeces und des Urines. Die bacteriologische Untersuchung liess immer die Anwesenheit von Pneumococcen erkennen, welche ROGER auf die Schwächung und Zerrüttung des ganzen Organismus durch die vorhergehende Streptococcen-Infection zurückführt.

Hierauf erwidert SIREDAY in ausführlicher Rede auf den Vortrag HUCHARD's in der Sitzung vom 5. Juli über Herzschwäche bei Fieber, speciell bei Typhus abdominalis. Die Myocarditiden sind gerade bei Typhus anatomisch unanfechtbar, während der Nachweis der Neuritis des Plexus cardiacus bisher noch fehlt. Die Infection tangire eben nicht nur die nervösen Elemente, sondern alle Organe. Wenn auch gerade in Fällen von rapider Entwicklung ausgebreitete und in die Augen fallende Läsionen der Organe fehlen können, so wäre doch ihre Functionirung in hohem Grad geschädigt. Seiner Ansicht nach nehmen die acuten Myocarditiden sicher den ersten Platz unter den die Herzschwäche determinirenden Ursachen ein. Wenn es nicht so wäre, dann wären die Alterationen der Medulla und des N. vagus sicher schon über die hypothetische Phase hinaus.

MOIZARD verliest schliesslich noch eine Arbeit über Touchirung mit Sublimat-Glycerin bei Angina diphtheritica, welche nach seinen Beobachtungen sowie nach denjenigen von SEVESTRE und HAYEM die besten Resultate ergeben hat.

Edinburgh Obstetrical Society.

Retention der Menses mit Perforation in die Blase.

Ein Mädchen wird von der Hebamme wegen Schwangerschaft zu Dr. BALFOUR geschickt. Es findet sich ein Bauchtumor, dessen Grösse der des schwangeren Uterus im 6. Monate entspricht. Heftige Schmerzen und Cachexie. Der Scheideneingang durch ein sehr dickes Hymen verschlossen, das nur einen ganz kleinen Einriss zeigt, die Harnröhre stark erweitert. Mittels Troicarts von immer grösserer Dicke wird das Blut aus der Blase entleert das Cavum mit antiseptischen Flüssigkeiten ausgespült. Die Cachexie nahm sofort ab. Später findet man eine kleine Fistelöffnung, die aus der verschlossenen Vagina in die Blase führte. 6 Monate später wurde Patientin thatsächlich gravid und gab zu, dass schon vor der Operation der Coitus häufig ausgeübt worden war (offenbar durch die erweiterte Harnröhre).

* * *

Fibröses Diaphragma der Vagina.

Dr. OLIPHANT beschreibt einen solchen Fall, wo eine Primipara behufs Ausführung der Sectio caesarea ins Spital gebracht wurde. Das Diaphragma hatte eine kleine Oeffnung, eben für einen Sondenkopf passirbar. Nach zwanzigstündigen Wehen war die Oeffnung ohne operativen Eingriff so stark erweitert, dass der Kopf

durchtreten konnte. Während der Wehen war das Diaphragma nur mehr als elastischer Ring fühlbar.

* * *

Dr. John Havelock: *Acuter religiöser Wahnsinn.*

Ein junges Mädchen erfährt, dass es schwanger sei, schliesst sich in ihr Zimmer allein ein und wird von ihren Angehörigen in einem psychischen Zustande aufgefunden, der religiösem Wahnsinne entspricht. Ihre Brüder und Schwestern, schliesslich eilf Personen, werden von dem gleichen Zustande ergriffen. Als das Mädchen und ein Bruder halbnackt aus dem Fenster sprangen, wurden sie von der Polizei ergriffen und an eine Irrenanstalt abgegeben, von wo das Mädchen nach zwei Monaten, der Bruder nach zwei Wochen geheilt entlassen werden konnten. Die übrigen Familienmitglieder zeigten sich sofort nach der Verhaftung ihrer Geschwister ernüchtert. Redner erwähnt den Fall als Analogon zu den bekannten epidemischen Psychosen des Mittelalters.

* * *

Beckenperitonitis.

Dr. P. A. Young beobachtete einen Fall von Beckenperitonitis mit dunkler Aetiologie. Etwa 10 Tage vor dem Tode war Patientin noch vollständig gesund. Die diesmaligen Menses waren — vielleicht wegen bestehender Tonsilitis — verspätet eingetreten, ohne sonstige Anomalien aufzuweisen. Bald darnach stellten sich heftige Leibschmerzen ein. Dr. Young fand sie collabirt. Mr. Cathcart, der zu Rathe gezogen worden war, nahm einen Darmverschluss durch Fäcalmassen an, gegen den Abführmittel verordnet wurden. Sie verfiel sehr rasch und starb 30 Stunden nach dem Einsetzen der acuten Erscheinungen. Bei der Autopsie fand man etwas purulenten Eiter im Becken, die Därme waren collabirt. Das distale Ende der linken Tube war geröthet, erweitert und enthielt purulente Flüssigkeit. Darin fanden sich blos Streptococcen. Sicher war es zur Ruptur der Eiter haltenden Tube und von hier aus zur Allgemeininfection gekommen.

* * *

Cyste des ligamentum latum.

Dr. Hayg Ferguson entfernte durch Enucleation eine solche Cyste bei einer Frau jenseits des Climacteriums mit günstigem Erfolge. Der im Becken gelegene Antheil derselben war so prall mit Flüssigkeit gefüllt, dass er vor der Operation palpatorisch für einen festen Tumor imponirte.

American Surgical Association.

Jahresversammlung vom Juli laufenden Jahres in der «Columbian University» in Washington.

Dr. John Ashhurst *(Philadelphia): Die chirurgische Behandlung des Empyems. (Discussion.)*

Ich möchte mir erlauben den in Frage stehenden Gegenstand in folgender Art zusammenzufassen:

1. Keine diesbezügliche Operation ist gerechtfertigt, wofern nicht das Vorhandensein von Eiter vollkommen sichergestellt ist; wofern nicht eine gründliche medicamentöse Behandlung zum Ziele geführt hat und wofern nicht die Symptome, die Dyspnoe u. s. w. so dringende sind, dass sie ein augenblickliches Eingreifen erheischen.

2. Der erste Eingriff soll in einer einfachen Aspiration unter antiseptischen Cautelen bestehen.

3. Wenn sich die Flüssigkeit zum Theil wieder angesammelt hat, wie das immer sicherlich der Fall sein wird, und wenn die Flüssigkeit eine purulente ist, so soll die Incision und die Drainage vorgenommen werden.

4. Die Drainage wird am besten auf die Art ausgeführt, dass man zwei Oeffnungen macht und zwar eine an dem tiefstgelegenen Punkte und indem man ein grosses Drainrohr durch die Cavität hindurch von einer Oeffnung aus in die andere einführt.

5. Mit der Drainage soll man noch eine Auswaschung der Cavität mit milden antiseptischen Lösungen verbinden; wenn die Lunge ihre normale Expansion wieder gewonnen hat und der Abfluss der Flüssigkeit nahezu sistirt hat, so soll das Drainrohr gekürzt werden, die obere Oeffnung der Heilung zugeführt werden und das Drainrohr hierauf allmälig durch die untere Oeffnung herausgezogen werden.

6. Wenn die Lunge durch Adhäsionen so sehr befestigt ist, dass sie sich nicht wieder ausdehnen kann, so soll die Resection zweier oder mehrerer Rippen vorgenommen werden (die sogenannte Estlander'sche Operation) damit man hierdurch einen Collaps der Thoraxwand bewirkt und die Heilung dadurch fördert, dass man das costale und viscerale Blatt der Pleura mit einander in Contact bringt.

7. Die ausgedehnteren Operationen von Schede und Tillmans, obgleich dieselben in Ausnahmsfällen wahrscheinlich gerechtfertigt sind, können für die allgemeine Anwendung nicht empfohlen werden.

Dr. Chas. B. Nancrede: Ich sehe nicht ein, warum man sich in Fällen, in welchen die Aspiration die Anwesenheit von Eiter dargethan hat, lediglich auf diese Operation beschränken soll. Es wird behauptet, dass man in einigen Fällen dadurch eine Heilung erzielen wird, aber ich habe nie einen solchen Fall gesehen. Wenn Eiter vorhanden ist, so ziehe ich es immer vor, für eine permanente Entleerung zu sorgen. Ich möchte auch bei dieser Gelegenheit auf die Gefahr hinweisen, die dadurch entstehen kann, dass das Drainrohr durch Druck von Seiten der Rippen obturirt wird und ich glaube, dass man in einem Falle von Empyem von langer Dauer in irgend einer Art eine Excision der Rippen vornehmen soll.

Was die Irrigation betrifft, so genügt — wofern der Eiter nicht zu sehr inficirt ist — sterilisirtes Wasser; sollte es jedoch nothwendig erscheinen, so kann eine wirksame antiseptische Lösung benützt werden, und wenn Furcht vor Resorption besteht, so kann der Thorax hinterdrein mit sterilisirtem Wasser ausgespült werden.

Wenn man für einen entsprechenden Abfluss des Eiters gesorgt hat, so habe ich niemals die Nothwendigkeit für eine Resection grosser Rippensegmente gesehen.

Dr. T. F. Prewitt (St. Louis): Ich glaube, die Regel, die Operation sei nur dann gerechtfertigt, wenn das Vorhandensein von Eiter vollkommen sichergestellt ist, bedürfe einer Modification. Für gewöhnlich können wir jetzt nur bestimmen, dass eine Flüssigkeit vorliege, aber wir können nicht die Sicherheit gewinnen, dass dieselbe Eiter sei. Ich bin der Ansicht, dass die Aspiration auch in dem Falle rathsam sei, in welchem sogar nur eine seröse Flüssigkeit vorhanden ist. Wenn die Antisepsis eine gründliche ist, so kann daraus kein Schaden resultiren. Ich habe niemals gesehen, dass die Aspiration eine Eiterung im Gefolge haben würde und diese Methode kürzt die Dauer der Erkrankung bedeutend ab. Beim Empyem der Kinder habe ich auf die Aspiration zu wiederholten Malen eine Genesung folgen gesehen, aber niemals bei Erwachsenen. Bei Kindern scheint der Eiter nicht diese dicke, klebrige Beschaffenheit zu besitzen, die man bei Erwachsenen so häufig antrifft und die eine freie Oeffnung erheischt. Beim Empyem der Erwachsenen resecire ich immer eine Rippe, bisweilen zwei Rippen.

Bei der Verabreichung von Anästheticis in diesen Fällen ist grosse Vorsicht geboten.

Ich nehme immer eine Auswaschung der Caverne vor und bediene mich hierbei einer schwachen Lösung von Sublimat.

Dr. De Forest Willard (Philadelphia): Mir scheint es, dass die ganze Frage auf eine gründliche Drainage der Abscesshöhle hinausläuft. Ob eine Excision der Rippen vorgenommen werden soll oder nicht, hängt lediglich davon ab, ob man eine freie Drainage herstellen könne.

Bei den Kindern liegen die Rippen so dicht bei einander, dass die Entfernung eines Theiles der Rippen gewöhnlich nothwendig erscheint. Bei der frühzeitigen Behandlung ziehe ich den Gebrauch eines reinen Aspirators vor, als die Natur zu zwingen, die Resorption einer grossen Quantität von Flüssigkeit selbst zu besorgen. Eine solche Operation richtet gar keinen Schaden an und erspart viele Wochen an Zeit. Ich glaube, dass die Ausspülungen als eine «Routine-Methode» mehr schaden als nützen. Wenn sich der Eiter in Zersetzung befindet, so weist das darauf hin, dass eine freiere Drainage nothwendig sei. Wenn starke anti-

septische Lösungen benützt werden, so besteht die Gefahr einer neuen Entzündung.

Dr. CHRISTIAN FENGER (Chicago): Ich bin der Ansicht, dass es gewisse Fälle gibt, in welchen SCHEDE's Operation nothwendig erscheint. Dieselbe ist dann am Platze, wenn ein milderes Eingreifen, wie z. B. die Incision, die Drainage und die ESTLANDER'sche Operation ohne Erfolg geblieben ist. Ich habe diese Operation mit Erfolg in einem Falle ausgeführt, in welchem andere Methoden sieben Jahre lang erfolglos versucht worden waren.

Dr. ROSWELL PARK (Buffalo): Ich möchte glauben, dass die Behandlung des Empyems mit derselben Präcision zu geschehen hat wie bei anderen Abscessen. In acuten Fällen, in welchen wir es mit Streptococcus- und Staphylococcus-Formen der Eiterung zu thun haben, kann es in manchen Fällen genügen, einfach zu aspiriren. Ein grosser Theil der Fälle von Empyem sind jedoch wesentlich kalte Abscesse — tuberculöse Abscesse. In diesen Fällen ist freie Incision, freie Drainage und Excision einer Rippe erforderlich. In manchen Fällen hatte ich zu Auskratzungen mit dem scharfen Löffel meine Zuflucht genommen, und in anderen Fällen hatte ich die erkrankte Fläche mit einer 50 percentigen Lösung von Chlorzink cauterisirt. Wenn ich in manchen Fällen nicht irgend welche radicale Operation ausgeführt hätte, so würde der Tod die Folge gewesen sein.

Dr. W. H. CARMALT (New-Haven): Ich möchte die Frage aufwerfen, wie weit man bei der Resection der Rippen gehen soll. Ich hatte neulich einen Fall operirt, in welchem ich Theile von fünf Rippen entfernt hatte, und das längste Stück, das ich entfernte, betrug $4^1/_2$ Zoll an Länge. In diesen Fällen ist es nothwendig, von der Thoraxwand genügend zu entfernen, um eine Obliteration der Caverne zu ermöglichen.

Dr. M. H. RICHARDSON (Boston): Die Fragen, welche bei der Behandlung des Empyems entstehen, unterscheiden sich von denen der gewöhnlichen Abscesse, denn in den erstgenannten Fällen haben wir es mit einem Abscess mit starren Wandungen zu thun. Bei der Drainage habe ich mich doppelter Röhren, die mit einer Klappe versehen waren, bedient, aber ich halte sie für dazu angethan, eine Complication heraufzubeschwören, denn wenn in Folge eines Hustenstosses Luft durch die Röhren dringt, so entsteht ein Vacuum, und die Klappe wird gegen die Brustwand gekehrt und hindert die Drainage. Ich glaube, dass ESTLANDER's Operation nur bei grossen Formen von Cavernen anwendbar sei, und dass es gewisse Fälle gibt, in welchen die Caverne einen grossen Theil des Thorax umfasst, und in welchen die Operation nach SCHEDE die einzig anwendbare ist, wenn ESTLANDER misslungen ist.

(Fortsetzung folgt)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Atlas des menschlichen Gehirns und des Faserverlaufes.

Von **Ed. Flatau.**

Mit einem Vorwort von **Prof. E. Mendel.**

Verlag von S. Karger. Berlin 1894.

Dr. FLATAU bietet hier Aerzten und Studirenden einen Atlas des menschlichen Gehirns, welcher auf 8 Tafeln (11 Abbildungen) die verschiedenen Gesammtansichten und einige der wichtigsten Gehirndurchschnitte darstellt. Diese Tafeln — nach Photographien des frischen Gehirns — geben von den Gehirnoberflächen einen geradezu plastischen Eindruck, sind in den Durchschnitten klar und charakteristisch und verdienen in ihrer Gesammtheit als ein vorzügliches Lehrmittel bezeichnet zu werden, dessen man sich beim Selbststudium im Falle von Mangel an frischem Material, zum Vergleiche bei Autopsie und dergleichen mit vollem Vertrauen bedienen darf.

Eine diesem Atlas vorangestellte «schematische Tafel» versucht in 13 mehrfärbigen Figuren eine Uebersicht unserer Kenntnisse vom Verlaufe der Faserbahnen im Centralnervensystem zu geben, die sich an die bekannten Bearbeitungen dieses Themas von MENDEL, BECHTERW und EDINGER anlehnt und auf die durch GOLGI und RAMON veränderten Ansichten über die Structur des Nervengewebes aufgebaut ist. 27 Seiten Text sind der Erklärung dieser schematischen Bilder gewidmet. Der Preis des Werkes (12 Mark) ist bei der Fülle und Schönheit des Gebotenen geringfügig zu heissen. Herausgeber und Verleger verdienen den Dank des ärztlichen Publikums für dieses werthvolle Werk. *SFd.*

Grundzüge der Arzneimittellehre.

Ein klinisches Lehrbuch von **Dr. C. Binz**, Professor in Bonn.

Verlag von August Hirschwald, Berlin 1894.

Diese Auflage enthält als Zusätze hauptsächlich die von der «ständigen Commission für Bearbeitung des Arzneibuches» gemachten Vorschläge. Von diesen ist auch für andere als deutsche Leser nur jener wichtig, dass die Maximaldosen auch für Klystiere und Suppositorien gelten sollen. Von allgemeinerem Interesse ist der Anhang über Arzneiverordnungslehre von Dr. H. DRESER. Er ist gut, soweit sich dieser für den praktischen Arzt so wichtige Theil der Arzneimittellehre auf 24 Seiten abthun lässt. Einzelne Ungenauigkeiten wären bei der nächsten Auflage zu vermeiden. Pulver werden nicht meist, sondern selten mit Hilfe der Wage dividirt. Ausser Zahn- und Aetzpasten wird zu dermato-therapeutischen Zwecken noch eine grosse Anzahl von Pasten gebraucht. Bacilli medicati (Cereoli) werden gar nicht selten magistraliter verschrieben; bis auf die Antrophore sind solche im Handel eigentlich nicht zu finden.

Von diesen Corrigendis abgesehen, ist das Büchlein namentlich für den Studenten wegen seiner prägnanten Kürze vortrefflich. *Paschkis.*

Zeitungsschau.

S. E. Henschen und **A. Hildebrand: Ein Fall von Arseniklähmung.** (Upsala läkarefören. förhandlingar. Bd. 29, Nr. 3, S. 129. — Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Juli 1894.)

Die folgende Krankengeschichte ist der erste Fall von Section bei Arseniklähmung, welcher überhaupt beoachtet worden ist. Die mikroskopische Untersuchung ist im Juli 1883 vorgenommen und die Resultate im Februar 1891 in dem Upsalaer Verein der Aerzte mitgetheilt worden. Es handelt sich um eine 49jährige Frau, welche von Kindheit an epileptischen Anfällen gelitten hatte. Am 27. Januar 1883 erhielt sie von einer umherreisenden Mannsperson ein weisses geschmackloses Pulver, welches als ein vortreffliches Mittel gegen Fallsucht empfohlen wurde. An demselben Abend nahm sie von dem Pulver ungefähr einen halben Theelöffel voll ein. Mitten in der Nacht erwachte sie mit starken Erbrechungen und hatte am folgenden Tage mehrere sehr dünne Stuhlgänge. Noch an demselben Tage fühlte sie Stechen in Händen und Füssen. Am dritten Tage Paralyse der unteren Extremitäten und bald auch der oberen. Ausserdem allgemeine Schwäche und Abmagerung, Anästhesie der Hände und Unterarme und fortwährend Parästhesien und Schmerzen. Die Paralysen der oberen Extremitäten nahmen später ab, in den Beinen dauerten sie aber fort. Die Sensibilität war vermindert in allen Extremitäten, ebenso die elektrische Erregbarkeit, welche im Peroneusgebiet vollkommen erloschen war. Die Patellar- und Plantarreflexe fehlten. Keine Störung der Blase oder des Mastdarms. — Die mikroskopische Untersuchung der peripheren Nerven (nur die sich am Rückenmark befindenden Nervenwurzeln wurden untersucht) zeigte ausgesprochene Neuritis. Viele Nervenfasern, zum Theil ganze Bündel, färbten sich nicht bei der WEIGERT'schen Methode. Im Rückenmark war die Anzahl der Ganglienzellen sehr vermindert. Die meisten der zurückgebliebenen waren pathologisch verändert, ohne Ausläufer, von verminderter Grösse und unregelmässiger, eckiger Form mit körnigem Inhalt, mitunter ohne Spur von Zellkernen. Die GOLL'schen Stränge waren degenerirt. In dem Lendenmarke fand sich eine Höhle von

1 *cm* Höhe, 1 *mm* Durchschnitt in der grauen Substanz der linken Seite. Die Ränder waren aufgelockert und mit vielen rothen Blutkörperchen bedeckt; solche fanden sich auch zahlreich in der Umgebung.

Die Verff. heben hervor, dass die Arsenikvergiftung also Veränderungen sowohl des Rückenmarks als der peripherischen Nerven hervorruft, und wie es scheint, gleichzeitig.

Der Abhandlung ist eine colorirte Tafel beigegeben.

Mabon: Trional und Tetronal bei Geisteskranken. (Journ. of insanity 1894, Nr. 4.)

Nach MABON, welcher Paralell-Versuche zwischen Trional und Tetronal anstellte, scheint dem Tetronal ein höherer hypnotischer Effect zuzukommen als dem Trional. Er bevorzugt dagegen das letztere, weil es einmal ganz frei von Nebenwirkungen ist, die hin und wieder beim Tetronal zur Beobachtung gelangten, insbesondere aber wegen seines Preises, der weniger als $^1/_3$ desjenigen von Tetronal ausmacht. Die Dosis von Trional betrug 1 *gr*. Sie führte bei Maniakalischen einen Schlaf von 6 bis 9 Stunden Dauer herbei. Das Mittel wurde gleichzeitig mit heisser Milch kurz vor dem Schlafengehen gereicht. Auch als Beruhigungsmittel bei Geisteskranken hat das Trional sehr gute Dienste geleistet.

X. Arnozan: Ein Fall von schwerem primären Icterus und seine Behandlung. Heilung. (Arch. Clin. de Bordeaux. Juni 1894.)

Ein 42jähriger Kaufmann erkrankt nach einer erlittenen Durchnässung unter schweren allgemeinen Erscheinungen (Erbrechen, Fieber, Delirien). Bald darauf stellt sich Icterus ein. Ausser geringer Vergrösserung von Leber und Milz nebst mässiger Druckempfindlichkeit objectiv nichts nachweisbar. Unter entsprechender Behandlung nach 4 Tagen Abnahme der schweren Erscheinungen. Am 5. Tage neuerlicher Temperaturanstieg, Husten und Seitenstechen, am 9. Tage 39·5, zugleich wird ein kleiner broncho-pneumonischer Herd nachweisbar. Dann folgt lytischer Abfall des Fiebers mit reichlicher Harnsecretion. Einen Monat später verlässt er geheilt das Spital. Schon am 5. Tage hatten die Stühle angefangen normale Beschaffenheit anzunehmen, am 7. Tage wurde der Icterus schon geringer, Leber und Milz waren so ziemlich zur gewöhnlichen Grösse zurückgekehrt. ARNOZAN hatte die Diagnose auf acute gelbe Leberatrophie gestellt, die nachfolgende Pneumonie wurde als etwas accessorisches aufgefasst.

Von der Annahme ausgehend, dass der schwere fieberhafte Icterus als Infectionskrankheit, durch Mikroorganismen verursacht, aufzufassen sei, wurde ein antibacilläres und antitoxisches Regime eingeschlagen. Patient erhielt Chinin sulfur., β-Naphtol, Thierkohle aa 0·15, täglich 8 Pulver, später wurde noch durch längere Zeit eine geringere Anzahl von Pulvern täglich fortgegeben. Ausserdem täglich 2 Centigramm Carbolsäure subcutan. Excitantien. Reiche Milchdiät, etwas Suppe.

Chinin wurde mit Rücksicht auf den häufigen Zusammenhang von Sumpffieber und Leberaffection, als Antiparasiticum gegeben, β-Naphtol und Thierkohle hatten die Darmantiseptik zu besorgen. Reichlich zugeführter Milch fällt die Aufgabe zu, im Blute angehäufte Toxine zu verdünnen und ausserdem die Diurese, mithin die Ansscheidung solcher Toxine anzuregen. ARNOZAN ist geneigt, den günstigen Verlauf des Falles der eingeschlagenen Therapie zuzuschreiben. *W. Sch*

Ascoli: Hemiatrophie der Zunge. (Il Policlinico. — La medic. moderne. Nr. 58.)

Sie kann ausser auf Druck, Reizung oder Trauma des Nervus hypoglossus auch noch auf allgemeine Ursachen zurückzuführen sein.

1. Atrophien, die den Symptomencomplex einer peripheren oder centralen Erkrankung des Nervensystemes begleiten. Multiple Muskelatrophien, Hemiatrophia Faciei, Tabes dorsalis, Syringomyelie, Hämorrhagien in den Bulbus oder Bulbärparalyse, periphere Paralysen, progressive Paralyse. Andererseits findet sich Hemiatrophia linguae allein oder zugleich mit Atrophie des Gaumensegels und des Stimmbandes derselben Seite isolirt, als eigene Krankheit. Entgegen der Anschauung der Schule Salpetrière, die in der Hemiatrophie der Zunge ein wichtiges Symptom der Tabes findet, konnte ASCOLI unter den vielen von ihm studirten Fällen einen einzigen finden, wo Tabes als reines und einziges ätiologisches Moment nachweisbar gewesen wäre. Syphilis war in 7 Fällen als Ursache zu beschuldigen. Rechnet man dazu jene Krankheitsfälle, die im Zusammenhange mit Syphilis standen und nachträglich zur Hemiatrophia linguae führten (Tabes, progressive Paralyse) so erhöht sich diese Zahl auf 11.

2. Atrophien im Gefolge einer Allgemeininfection (Scharlach, Masern) oder einer Intoxication (Arsenik, Alkohol, Blei.) Die Deviation der Zunge ist das am meisten beweisende und auffälligste Symptom der Hemiatrophie. Man darf sich nicht durch eine Vergrösserung der einen Hälfte in Folge gummöser Infiltration oder acuter oder chronischer Hemiglossitis verleiten lassen, eine nur scheinbare Verkleinerung der anderen Hälfte, als Atrophie misszuverstehen. Bei der Hemiatrophie wird die Zungenspitze nach der kranken Seite abgelenkt in Folge Ueberwiegens des Genioglossus der gesunden Seite und mangelhafter Action des Genio-hyoideus und der Heber des Zungenbeines der kranken Seite. In manchen Fällen wird die Zungenspitze gleichwohl nach der gesunden, die Hauptmasse der Zunge nach der kranken Seite abgelenkt, so dass eine S-Krümmung entsteht. Die kranke laterale Hälfte ist stärker ausgebaucht als der mediale Antheil. Man beobachtet fibriläre Zuckungen. Die Mucosa der kranken Seite ist blässer oder auch stärker roth gefärbt. Palpatorisch erhält man das Gefühl der Unebenheit auf der gesunden, eine schleimig-glatte Sensation über der kranken Fläche. Passive Bewegungen sind mit der Zunge nach allen Richtungen hin ausführbar. Active Bewegungen sind eingeschränkt, unmöglich oder im gewöhnlichen Umfange ausführbar je nach dem Grade der gleichzeitigen Paralyse und nach der Zahl der ergriffenen Muskelbündel. Kauen, Phonation und Schlingen erfolgen normaler Weise. Auch die Sensibilität bleibt nach allen Qualitäten erhalten, ausser bei gleichzeitigem Ergriffensein anderer Nervenkerne. *W. Sch.*

Vittorio Frascani: Klinische Beobachtungen und bacteriologische Untersuchungen über einige Fälle von puerperaler Infection. («Gazetta medica di Torino», Nr. 5 und 6, 1894).

Die mannigfachen pyogenen Mikroorganismen können allein oder in Gemeinschaft mit anderen Mikroorganismen Affectionen des Genitalapparates bedingen, welche den Ausgangspunkt einer puerperalen Infection bilden. Autor hat in diesen Fällen den Streptococcus pyogenes in keinem viel grösseren Verhältnisse angetroffen, als den Staphylococcus albus et aureus, und immer in deren Gemeinschaft.

Die gleichzeitigen Untersuchungen, die am Blute, am Urin, an der Milch und an den Lochien angestellt wurden, ergaben das Resultat, dass die localen pathologischen Erscheinungen, ebenso wie die allgemeinen Erscheinungen an diese mannigfachen Mikroorganismen gebunden seien. Bei der puerperalen Infection findet beständig eine Ausscheidung dieser pathogenen Mikroorganismen durch die Nieren und durch die Mamma statt, obgleich diese Organe keine nennenswerthen Läsionen darbieten. Diese Mikroorganismen bewahren ihre Virulenz. Aus diesen Beobachtungen geht mit aller Klarheit hervor, dass man prophylaktische Massregeln ergreifen müsse, und zwar nicht blos hinsichtlich der Lochien, sondern auch rücksichtlich des Urins, der Milch und selbst des Schweisses. Wenn man in Erwägung zieht, dass diese pyogenen Mikroorganismen in die Milch übergehen, und dass sie sich einige Zeit nach dem Schwinden der allgemeinen schweren Erscheinungen darin erhalten, so scheint es gewiss am Platze zu sein, der Frau das Säugegeschäft zu untersagen, nicht blos in Rücksicht auf das Kind, — wenn auch WÜRZBURG, ZUCO und Andere die Infection der Kinder, die mit Milch, welche pyogene Mikroorganismen enthielten, genährt werden, in Abrede stellen — sondern auch um die suppurativen Entzündungen an der Mamma zu vermeiden. L. L.

Michaux und **Tuffier: Ueber die Septicität der Hämatocelen** (Gaz. méd. de Paris 1893, Nr. 48. — Centralblatt für Gynäkologie 1894, Nr. 29.)

In einer Sitzung der Gesellschaft für Chirurgie berichten die Verff. über je eine Laparotomie, die sie wegen Beckenhämatocele nach Ruptur einer Tubengravidität ausgeführt haben. Die eine Patientin bot eine leichte Eiterung, die zweite heilte nach Ausspülung der Bauchhöhle und Drainage ganz glatt. QUÉNU sagt, dass die Mehrzahl der Hämatocelen sehr septisch seien und führt als Beweis die Abkapselung an, die als Folge einer infectiösen Peritonitis aufgefasst werden müsste. REGNIER hält die Hämatocelen für aseptisch und drainirt desshalb nicht. SEBILEAU hat schon in einer Thèse durch SUZER 1890 aussprechen lassen, dass der Grad der Asepsis oder Septicität des Blutes die Entwicklung der Hämatocele bestimmt. Jede Hämatocele in einer nicht inficirten serösen Höhle ist aseptisch; sie wird bald aufgesaugt, vereitert nie und macht keine Peritonitis. Wenn aber durch Vermittlung der Tube Mikroorganismen hineinkommen, die aus Vagina oder Uterus stammen, kann die Blutansammlung sich auf zweierlei Weise verändern. Wenn die Infection gutartig und leicht ist oder wenn man bald und genügend den Uterus hat desinficiren können, wird sich eine leichte Peritonitis entwickeln, die Adhäsionen verursacht; wenn die Infection schwer ist, wird Vereiterung und eitrige Pelveoperitonitis die Folge sein. In der Regel wird der Hämatoceleninhalt genügend septisch sein und desshalb ist es sicherer, bei einer Operation die Drainage anzuwenden, es sei denn, dass man zur Ausspülung das Vertrauen hat wie LUCAS CHAMPIONNIÉRE, der nur ausspült und niemals drainirt.

H. Vincent: Ueber Alterationen des Plexus cardiacus bei Herzparalyse im Gefolge von Diphtherie. (Arch. für experim. Med. 1894.)

Die als Complication bei Diphtherie oft beobachtete Herzparalyse wurde entweder auf Thrombosen der Herzgefässe (GERLIER, ROBINSON, BEVERLEY) oder auf Myocarditis (LEYDEN, HUGUENIN, BABAT, PHILIPPE) zurückgeführt.

VINCENT betont das häufige Vorkommen von Neuritis diphtherica des Plexus cardiacus, die in Circulationsstörungen, Synkopen und Herzstillstand ihren klinischen Ausdruck findet. Anatomisch ergibt sich Erschlaffung und Dilatation der Herzwand. *W. Sch.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Der Minister des Innern hat den mit dem Titel eines Primararztes ausgezeichneten Vorstand der oculistischen Abtheilung am Wiedner Krankenhause, Dr. Hans Adler, zum wirklichen Primararzte ernannt und die im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten zu besetzende Stelle eines ordinirenden Arztes dem Privatdocenten für innere Medicin an der k. k. Universität in Wien, Dr. Heinrich Lorenz, verliehen.

— Görz. Der Kaiser hat dem gewesenen Bürgermeister der Stadt Görz, med. Dr. Josef Maurovich, in Anerkennung seines vieljährigen gemeinnützigen Wirkens den Orden der eisernen Krone dritter Classe mit Nachsicht der Taxe verliehen.

— Graz. Dem ordentlichen Professor der speciellen medicinischen Pathologie und Therapie und Vorstande der medicinischen Klinik, Hofrath Dr. Otto Rembold, wurde anlässlich der von ihm angesuchten Uebernahme in den bleibenden Ruhestand der Ausdruck der allerhöchsten Anerkennung bekanntgegeben. — Die medicinische Facultät hat zur Besetzung dieser Lehrkanzel einen Ternavorschlag erstattet und zwar: Primo loco: Prof. Friedrich Kraus, secundo loco: Docent Dr. Heinrich Lorenz und tertio loco: Dr. Pal, sämmtlich in Wien.

— Bonn. Dr. Adolf Schmidt habilitirte sich für innere Medicin.

— Krakau. Dr. C. Kostanecki wurde an Stelle Teichmann's zum Professor der Anatomie ernannt.

— Warschau. Dr. N. Uschinski, Privatdocent an der militärmedicinischen Akademie, wurde zum Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie ernannt.

— Turin. Prof. Lombroso wurde zum Präsidenten der kgl. chirurgischen Akademie ernannt.

* Der ärztliche Verein des VIII. Bezirkes in Wien hat folgende Resolution gefasst: Löbliche Aerztekammer! Der ärztliche Verein des VIII. Bezirkes in Wien hat in der am 26. Juli 1894 abgehaltenen Plenarversammlung einhellig beschlossen, in Anbetracht der hohen Einrichtungskosten der Wiener Aerztekammer gegen die Höhe des Kammerbeitrages pro 1894 keine Einwendung zu erheben, aber der sicheren Erwartung Ausdruck zu verleihen, dass die Kammer sich den praktischen Bedürfnissen anpasse, und an der Hand der im Jahre 1894 gewonnenen Erfahrungen im Jahre 1895 ein Präliminare vorlegen wird, welches nur die nothwendigsten Bedürfnisse für die Kammer im Auge hat, und dementsprechend den Jahresbeitrag pro 1895 auf das möglichste Minimum herabsetzen wird.

Wien, am 27. Juli 1894.

Prof. Schauta m. p. Obmann.

* München. Die Münchner medizinische Wochenschrift schreibt: Der Rücktritt des Herrn Geheimrath v. Pettenkofer von der Leitung des hygienischen Instituts hat in einigen Tagesblättern eine Erörterung erfahren, welche die Annahme zulässt, als sei Pettenkofer nicht im besten Einvernehmen mit der medizinischen Facultät aus seinem Amte geschieden. Obwohl Herr v. Pettenkofer dieser Auffassung bereits selbst in einer Erklärung entgegengetreten ist, glauben wir doch mit Rücksicht auf die auswärtigen Leser dieses Blattes auch an dieser Stelle constatiren zu sollen, dass der Rücktritt Pettenkofer's auf dessen eigensten, wiederholten und durch den Hinweis auf sein hohes Alter motivirten Wunsch und trotz der ernstlichen Versuche der medizinischen Facultät, ihn zum Bleiben zu bewegen, erfolgt ist. Die Frage der Abtrennung der k. Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genussmittel vom Hygienischen Institut und deren Verbindung mit dem Pharmaceutischen Institut, welches als Grund der angeblichen Verstimmung v. Pettenkofer's angeführt wurde, hat der medizinischen Facultät zur Begutachtung gar nicht vorgelegen.

* München. Die k. Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genussmittel in München wurde mit dem pharmaceutischen Institut und Laboratorium für angewandte Chemie an der k. Universität München verbunden; der jeweilige Vorstand des letzteren Instituts (z. Z. Professor Hilger) ist in Zukunft zugleich Director der damit verbundenen Untersuchungsanstalt.

* Lyon. Eine Reihe hervorragender Aerzte Lyons hat sich zu einem Comité vereinigt, das einen französischen Congress für innere Medicin ins Leben rufen will. Die erste Sitzung desselben soll in Lyon bei Gelegenheit der daselbst veranstalteten internationalen Ausstellung am 25. October d. J. abgehalten werden.

* Cholera (Sanitäres). Aus Anlass der Zunahme der Cholera in Galizien und in der Bukowina fand am 23. Juli d. J. eine Berathung der in Wien anwesenden Mitglieder des niederösterreichischen Landes-Sanitätsrathes statt, an welcher nebst dem Statthaltereireferenten für die Angelegenheiten der Wiener k. k. Krankenanstalten ein Stellvertreter des in Folge Erkrankung verhinderten Stadtpyhsikus theilnahm und bei welcher die für die Stadt Wien von Seite der Statthalterei, sowie von Seite des Wiener Magistrates getroffenen Choleravorkehrungen mitgetheilt und eingehend besprochen wurden. Die Theilnehmer an dieser Berathung erklärten, dass die in umfassender Weise getroffenen Massnahmen die Sicherheit gewähren, dass etwa vorkommende Einschleppungen von Cholera sofort wahrgenommen und im Keime erstickt werden können und dass auch für den Fall, als diese Krankheit dennoch eine grössere Verbreitung gewinnen sollte, für die Transportirung, Unterbringung, Behandlung und Pflege der Kranken in dem weitestgehendsten Masse vorgesorgt ist.

Der Minister des Innern hat am 16 v. M. an alle politischen Landesbehörden folgenden Erlass, betreffend die Sicherstellung der Aerztebereitschaft im Falle des Auftretens der Cholera gerichtet: «Um für den Fall einer weiteren Verbreitung der Cholera von Galizien aus den erforderlichen Bedarf an Aerzten jederzeit und allenthalben zur Verfügung zu haben, erscheint es dringend nothwendig, unversäumt auf die Sicherstellung der entsprechenden Aerztebereitschaft Bedacht zu nehmen. Es sind daher jene Aerzte des Verwaltungsgebietes, welche in früheren Jahren ihre Bereitwilligkeit, sich als Choleraärzte verwenden zu lassen, erklärt hatten, einzuvernehmen, ob sie ihr früheres Erklären auch noch ferner aufrechterhalten, die übrigen Aerzte aber sind eingeladen, sich zu äussern, ob und wo ausserhalb ihres Wohnortes sie sich zur Dienstleistung als Choleraärzte bereit erklären. Indem das Ministerium des Innern die auf diesen Gegenstand Bezug habenden Weisungen der hierortigen Erlässe vom 27. August 1892 und vom 6. August 1893 in Erinnerung bringt, findet es insbesondere auf die Abschliessung vollständig klarer Vereinbarungen über die den Choleraärzten zugesicherten Emolumente, hinsichtlich deren Festsetzung die in den hierortigen Erlässen von 20. April 1886 und vom 8. Juli 1892 enthaltenen Directiven massgebend bleiben, hinzuweisen. Ein nominelles Verzeichniss der Aerzte, welche sich zur Dienstleistung bei Cholera bereit erklärt haben, ist mit thunlichster Beschleunigung, zuverlässig aber bis 1. August d. J., vorzulegen und zugleich nachzuweisen, welcher Sprachen jeder dieser Aerzte mächtig ist und wo sich dieselben auch ausserhalb des dortigen Verwaltungsgebietes verwenden lassen.»

Der Wiener Magistrat hat bezugs Hintanhaltung der Einschleppung der Cholera aus Russland und Galizien eine Kundmachung erlassen, durch welche sämmtliche Inhaber von Hôtels, Herbergen, Massenquartieren u. dergl., sowie Wohnungs-Inhaber, welche Reisenden aus den bezeichneten Ländern Unterkunft geben, beauftragt werden, von der Ankunft derselben ohne Verzug, und zwar: im 1. Bezirke beim Stadtphysicate, im 8., 9. und 14. Bezirke in der Kanzlei des Bezirksausschusses, in den übrigen Bezirken aber bei dem betreffenden magistratischen Bezirksamte die Anzeige zu erstatten. In gleicher Weise ist die Abreise der unter sanitärer Observation stehenden Personen unter Angabe ihres Reisezieles unverzüglich anzuzeigen. Aus Anlass der Choleragefahr wurde im Sanitätsdepartement des Magistrates und im Stadtphysicate ein Permanenzdienst der Conceptsbeamten und Aerzte, ausserdem im Stadtphysicate ein nächtlicher Permanenzdienst der Sanitätsaufseher und Desinfectionsdiener eingerichtet.

Der Redacteur dieses Blattes Dr. Arthur Schnitzler, hat sich auf Urlaub begeben. Für die Dauer seiner Abwesenheit hat Herr Doc. Dr. Paschkis die redactionellen Agenden übernommen.

Kundmachung.

Aus dem Erträgnisse der Dr. Moriz Andreas Goldberger'schen Stiftung kommt am 28. October d. J. und sohin immer an diesem Tage der folgenden Jahre der Betrag von 230 fl. an einen Studenten der Medizin der Wiener Universität ohne Unterschied der Nation und Religion zur Auszahlung.

Bewerber um dieses Stipendium, welches auf 3 Jahre verliehen wird, haben ihre mit dem Tauf- oder Geburtsscheine, dem Armuthszeugnisse ferner mit den Frequentationszeugnissen über die beiden letzten Semester belegten Gesuche bis 1. October 1894, Mittags 12 Uhr beim Wiener medizinischen Doctoren-Collegium, I., Rothenthurmstrasse 23, zu überreichen.

Die Bewerber haben übrigens ausser den erwähnten Zeugnissen sich noch mit der Bestätigung ihres vorgesetzten Decanates des Professoren-Collegiums über ihre Würdigkeit zur Erlangung eines Stipendiums auszuweisen.

Vom Wiener medizinischen Doctoren-Collegium.

Wien, am 26. Juli 1894.

Aerztliche Stellen.

Ein activer k. u. k. Regimentsarzt, 40 Jahre alt, deutsch (in Wort und Schrift), dann polnisch, ruthenisch, serbisch, ungarisch und rumänisch sprechend, in Wien promovirt, Dr. der gesammten Heilkunde, mit langjähriger Spitals- und Gerichtspraxis, der durch Nachstudiren sich auf der Höhe des wissenschaftlichen Fortschrittes zu erhalten bestrebt war, sucht, da er aus dem Militärverbande auszutreten beabsichtigt, eine Stadtarztes- oder sonstige Stelle. Auch leitende, überseeische Dienste werden angenommen. Gute Referenzen und Zeugnisse stehen zur Verfügung. Gefällige Zuschriften unter: «Cito, tuto et jucunde» an die Redaction des Blattes.

Secundararztesstelle II. Classe in der Irrenanstalt zu Dobřan (Böhmen) Gehalt 500 fl., Personalzulage 200 fl., sowie Wohnung, Heizung, Beleuchtung und vollständige Verpflegung nach der ersten Verpflegskategorie. Bewerber haben ihre mit dem Nachweise des erlangten Doctorgrades, der bisherigen Verwendung, der Kenntniss der beiden Landessprachen, des Alters und der vollständigen Gesundheit belegten Gesuche bis längstens den 10. August d. J. im Wege der Direction der kgl. böhm. Irrenanstalt in Dobřan an den Landesausschuss des Königreiches Böhmen zu richten. Die Anstellung erfolgt provisorisch auf drei Jahre, kann jedoch nach Ablauf dieser Frist auf weitere drei Jahre verlängert werden. Aerzte welche als Secundarärzte sich bewährt haben, können nach sechsjähriger Dienstzeit zu definitiven Secundarärzten mit dem Gehalte von 800 fl., und den obgenannten Emolumenten ernannt werden und erlangen dadurch die Eigenschaft der definitiven Landesbeamten mit den Ansprüchen auf Quinquennalzulagen, Vorrückung und Pension nach den bestehenden Normen.

Gemeindearztesstelle in Frain (Mähren) für den gleichnamigen Sanitätsdistrict mit 17 Gemeinden und circa 3000 Einw. Gehalt 300 fl., und Fahrpauschale 200 fl. Umgangssprache ausschliesslich deutsch. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Gesuche mit den im § 11 des mährischen Landessanitätsgesetzes bezeichneten Belegen sind bis zum 10. August d. J. an Ferdinand Böhm, Obmann der Delegirten-Versammlung in Frain, zu senden.

Sechs neusystemisirte Idf Bezirksarztesstellen mit den Bezügen der X. Rangsclasse, eventuell **zwei Sanitätsassistentenstellen** mit dem Adjutum von 500 fl gelangen bei den polit. Behörden in Mähren zur Besetzung. Bewerber haben die mit der Nachweisung über ihr Alter, des an einer inländischen Physicatsprüfung, ihrer bisherigen Verwendung und endlich über die Kenntniss der deutschen und böhmischen Sprache belegten Gesuche bis 10. August d. J. beim k. k. mährischen Statthaltereipräsidium in Brünn einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Schwabenitz, polit. Bezirk Wischau, 1374 Einw. Gehalt 550 fl. und 50 fl. Wohnungsbeitrag. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Gesuche mit den im § 11 des mährischen Landesgesetzes vom 10. Februar 1884, L. G. u. V. B. Nr. 28, bezeichneten Belegen und dem Nachweise der Kenntniss beider Landessprachen sind bis zum 15. August d. J. an den Gemeindevorstand in Schwabenitz einzusenden.

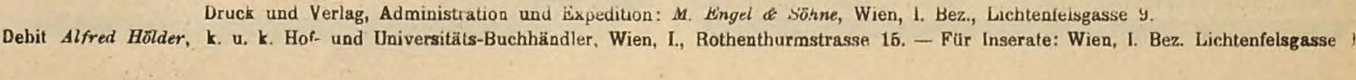
Stadphysicusstelle in der autonomen Stadtgemeinde Waidhofen a. d. Ybbs (Niederösterreich.) Jahresremuneration von 600 fl.; Verpflichtung zur Besorgung des politischen Sanitätsdienstes im Stadtgebiete, der Armenbehandlung und der subsidiaren Todtenbeschau in Verhinderung des Beschauarztes. Beiderseitige vierteljährliche Kündigung des Dienstverhältnisses. Privatpraxis gesichert. Die mit dem Nachweise der Befähigung, sowie der abgelegten Physicatsprüfung und der bisherigen Verwendung versehenen Competenzgesuche sind bis 30. August 1894 bei dem Stadtrathe Waidhofen an der Ybbs einzubringen.

Armenarztesstelle in Wien im X Bezirke (Favoriten). Bewerber um diese Stelle, mit welcher eine Remuneration von jährlich 600 fl. und drei Quinquennalzulagen á 200 fl. sowie die Verpflichtung verbunden ist, im X. Bezirke, rücksichtlich im betreffenden Rayon zu wohnen, wollen ihre mit dem Nachweise über das erworbene Diplom der gesammten Heilkunde, ferner über den Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft, sowie über ihre allfällige bisherige Verwendung bis längstens 6. August im Einreichungsprotokolle des Wiener Magistrates überreichen.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 5 des VIII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen“ enthaltend: „Diphtherie und Diphtheriebacillus.“ Von Dr. med. Arthur Schlossmann, Specialarzt für Kinderkrankheiten in Dresden.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

ANZEIGEN.



Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse